

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE ^{N^o} 263

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Charlotte TRUCHE

De la Faculté de Médecine de Paris

Interne des Asiles de la Seine

Née le 29 Juin 1907 à Grenoble (Isère)

LES MODIFICATIONS BIOLOGIQUES
DU SANG, DES URINES
ET DU LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN
DANS
L'ALCOOLISME AIGU ET CHRONIQUE

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1933

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Charlotte TRUCHE

De la Faculté de Médecine de Paris
Interne des Asiles de la Seine
Née le 29 Juin 1907 à Grenoble (Isère)

LES MODIFICATIONS BIOLOGIQUES
DU SANG, DES URINES
ET DU LIQUIDE CÉPHALO=RACHIDIEN
DANS
L'ALCOOLISME AIGU ET CHRONIQUE

Président : M. CLAUDE, Professeur

PARIS
AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR
93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1933

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	M. VILLARET.
	CARNOT.
Clinique médicale	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GRÉGOIRE.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE .. Neurologie et Psychiatrie
 AUBERTIN Pathologie médicale.
 BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BROCCQ..... Pathologie chirurgicale.
 BRULÉ Pathologie médicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CADENAT..... Pathologie chirurgicale.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL..... Pathologie médicale.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 ÉCALLE Obstétrique
 FEY Urologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GIROUD Histologie.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HARVIER..... Pathologie médicale.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 HUTINEL Pathologie médicale.
 JOANNON Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LÉVY-VALENSI.. Neuro-psychiatrie.
 LIAN Pathologie médicale.
 MONDOR Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET .. Pathologie chirurgicale.
 MOURE Pathologie chirurgicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 OLIVIER..... Anatomie.
 PIÉDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHT Fils Physiologie.
 SANNIE..... Chimie biologique.
 SÉZARY Dermatologie et syphil-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimen-
 tale et comparée.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur)..... Pathologie médicale.
 VAUDESCAL Obstétrique.
 VELTER Ophthalmologie.
 VIGNES Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX Obstétrique.
 LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.

MM.

RETTERER Histologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DU COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N... ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER.....	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LÉVY-SOLAL	Clinique obstétricale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER...	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, professeur sans chaire	{	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.....		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT, agrégé...		Education physique.
LEDOUX-LEBARD		Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ		Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Très faible hommage de reconnaissance et de profonde affection.

A MON FIANCÉ

Dont les conseils nous furent si précieux dans notre travail de laboratoire.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HENRI CLAUDE
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Témoignage de profond respect et
de reconnaissance pour le grand hon-
neur qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de notre thèse.*

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR L. MARCHAND

MÉDECIN CHEF DES ASILES DE LA SEINE

*Qui nous inspira le sujet de cette
thèse, mit à notre disposition les ma-
lades de son service et constamment
dirigea nos recherches grâce à sa
grande expérience clinique.*

*Qu'il veuille bien trouver ici l'ex-
pression de toute notre gratitude pour
l'enseignement qu'il nous a donné.*

A NOS MAÎTRES DE L'HOPITAL DE TOURS

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR GASTON BOSC

*Dont les leçons si spirituelles surent
nous faire aimer la Médecine.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANTOINE VIALLE

DIRECTEUR DU LABORATOIRE
PROFESSEUR DE BACTÉRIOLOGIE ET D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

*Auprès de qui nous avons trouvé
tant de sympathique bienveillance, en
gage de notre profond attachement.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR RAOUL MERCIER

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR DENOYELLE

CHEF DE CLINIQUE MÉDICALE

A MONSIEUR LE DOCTEUR BONNIN

MÉDECIN DU SANATORIUM

A NOS MAITRES DANS LES ASILES

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL ABELY

MÉDECIN CHEF DES ASILES DE LA SEINE

Dont nous eûmes l'honneur d'être l'interne à l'asile de Tours. Ses conseils éclairés, sa bienveillante sollicitude nous permirent de préparer sous sa direction l'Internat des Asiles de la Seine. Par son enseignement, il sut nous faire aimer la Psychiatrie.

Qu'il veuille bien trouver ici le témoignage de notre profonde reconnaissance et de notre respectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR XAVIER ABELY

MÉDECIN CHEF DES ASILES DE LA SEINE

Qui ne cessa de nous témoigner sa bienveillance pendant les deux années d'Internat que nous avons accomplies dans son service et qui nous donna l'exemple de l'esprit clinique en psychiatrie.

En témoignage de nos sentiments respectueux et reconnaissants.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GUIRAUD

MÉDECIN CHEF DES ASILES DE LA SEINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR SENGES

MÉDECIN CHEF DES ASILES DE LA SEINE

A MONSIEUR LE DOCTEUR COURTOIS

MÉDECIN CHEF DES ASILES

*Qui mit à notre disposition les
malades de son Service. Dont les con-
seils, l'esprit clair et précis nous
furent si précieux et qui fut constam-
ment l'animateur de nos recherches.*

*En témoignage de notre profonde
gratitude.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR TOULOUSE

MÉDECIN DIRECTEUR DE L'HOPITAL HENRI ROUSSELLE

A MONSIEUR DELAVILLE

CHEF DU LABORATOIRE A L'HOPITAL HENRI ROUSSELLE

*Qui nous conseilla et mit à notre
disposition son Laboratoire.*

A MADEMOISELLE RUSSELL

CHIMISTE A L'HOPITAL HENRI ROUSSELLE

INTRODUCTION

KLIPPEL, en 1892, fut un des premiers qui attira l'attention sur les relations qui existent entre l'insuffisance hépatique et l'alcoolisme subaigu. Depuis, nombre d'auteurs ont repris cette question ainsi que nous le verrons brièvement dans l'historique. Nous essaierons, au cours de l'étude qui va suivre, de mettre en évidence cette insuffisance hépatique en montrant les modifications biologiques du sang et des urines au cours de l'alcoolisme aigu et de l'alcoolisme chronique. Nous dirons également un mot des modifications du L. C. R. chez les alcooliques en accès aigus ou subaigus. Nous avons éliminé de parti pris tous les cas d'alcoolisme présentant des signes cliniques d'ascite cirrhotique.

Nous pouvons diviser notre travail en 4 parties.

Dans la première partie, comprenant l'historique, nous avons envisagé les divers travaux ayant trait à l'alcoolisme aigu et à l'alcoolisme chronique, et plus particulièrement aux modifications biologiques du sang, des urines et du liquide céphalo-rachidien, chez ces malades.

La deuxième partie, traitant de l'alcoolisme dans les accès aigus, peut se diviser en deux chapitres.

Le premier chapitre comprend dix observations de *delirium tremens* dans lesquelles nous avons essayé de mettre en évidence diverses modifications biologiques dans le sang et les urines. Nous avons notamment, dans le sang, étudié les variations du taux de l'urée, du rapport azotémique, de l'azote résiduel, du chlore, du pH et de la réserve alcaline.

Dans les urines nous avons étudié les variations de l'urée, du rapport azoturique, l'apparition d'éléments anormaux : sucre, albumine, pigments biliaires, urobiline et urobiligène.

Dans le deuxième chapitre, nous rapportons encore dix observations d'accès aigus ou subaigus d'alcoolisme dans lesquelles ont été systématiquement pratiqués les dosages d'urée dans le sang et dans quelques-unes, les examens du liquide céphalo-rachidien. Quoique les recherches biologiques de ces observations soient moins complètes que dans les précédentes, nos constatations peuvent cependant apporter des données complémentaires à notre étude.

La troisième partie de notre travail est réservée à l'étude des réactions biologiques de l'alcoolisme chronique et comprend également deux chapitres.

Dans le premier chapitre nous rapportons dix observations d'alcoolisme chronique (dont trois sont prises dans les observations du chapitre 1 de la 2^e partie, alors que les malades étaient sortis de leur

accès aigu). Dans ces dix cas nous étudions l'élimination du rose bengale.

Dans le deuxième chapitre qui comporte cinq observations (dont deux prises dans celle du chapitre précédent), nous avons étudié l'élimination du glucose chez ces malades à l'aide de la glycémie et de la glycosurie provoquées.

Enfin la quatrième partie de notre thèse est consacrée aux conclusions.

Méthodes employées dans nos dosages

Il nous a semblé utile d'indiquer les méthodes que nous avons employées au cours de nos recherches, dans les dosages que nous avons effectués nous-mêmes :

1^o Recherches dans le sang :

Dosage de l'urée (taux normal 0, 40) :

Méthode à l'hypobromite. Méthode au xanthidrol (dans le cas où le taux de l'urée trouvé par la méthode à l'hypobromite nous a semblé très élevé, et dans le but de doser uniquement l'urée).

Dosage de l'azote total (pour la recherche de l'azote résiduel dont le taux normal est compris entre 0, 08 et 0, 12) : Méthode de Kjeldahl.

Mesure du pH (taux compris normal entre 7, 30-7, 40) : Méthode électrométrique.

Mesure de la réserve alcaline (taux normal compris entre 53 et 57) : Méthode de Van Slyke.

Dosage du chlore (dans le sang total, taux normal compris entre 2,60-2 , 90) (dans le sérum, taux normal compris entre 3, 55 et 3, 70) : Méthode de Delaville et Broun.

Dosage du sucre (taux normal compris entre 0, 90 et 1, 10) : Méthode de Mohr. G. Bertrand.

2^o Recherches dans les urines :

Dosage du sucre : Méthode à la liqueur de Fehling ; Méthode polarimétrique.

Dosage de l'urée : Méthode à l'hypobromite.

Dosage de l'azote total : Méthode de Kjeldahl.

PREMIÈRE PARTIE

HISTORIQUE

Depuis longtemps déjà, d'anciens observateurs avaient rapproché certains troubles mentaux des modifications des fonctions hépatiques. Au ^{xix}^e siècle DELAYE, FOVILLE, GUISLAIN citent déjà quelques observations de malades mélancoliques chez lesquels le foie est atteint.

En 1820, GEORGET fait remarquer les altérations trouvées à l'autopsie chez des aliénés qui au cours de leur vie, n'avaient jamais manifesté de syndromes hépatiques.

En 1882, DE BRUNI d'Amsterdam étudie le pouvoir toxique de la bilirubine en même temps que CYR met en évidence les accidents nerveux que déterminent les coliques hépatiques et que RAPHELY à Lyon dépiste certains états mélancoliques liés aux troubles fonctionnels du foie.

En 1883, BOUVAT de Lyon fait paraître une thèse « Essai sur l'urémie délirante » dans laquelle il montre

les relations du délire avec le trouble de la fonction protéolytique du foie.

A partir de 1890, nous entrons dans une période de recherches où la pathogénie des troubles mentaux d'origine hépatique est devenue l'objet de travaux nombreux dont la clinique et l'expérience ont confirmé la valeur actuellement. Nous citerons tout d'abord le Dr KLIPPEL, Médecin chef à l'Asile Sainte-Anne, qui étendant les travaux du professeur BOUCHARD au domaine de la psychiatrie met en évidence le rôle de l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales.

En 1892, le Dr KLIPPEL fait une communication sur l' « Insuffisance hépatique dans les maladies mentales : La Folie hépatique ». Dans ce mémoire, KLIPPEL, envisageant le rôle du foie dans la pathogénie du délire, tente d'établir que cet organe, lésé par l'alcool, peut intervenir dans la production des troubles mentaux. Il étudie la pathogénie des délires alcooliques et montre que les lésions d'organes constituant des maladies différentes, nées sous l'empire de la même cause, produisent toutes le délire, en partie grâce à la prédisposition commandée par les lésions cérébrales (dégénérescence graisseuse des capillaires et des cellules de l'écorce) dues à l'alcool lui-même.

« En ce qui concerne le foie, dit KLIPPEL, il paraît invariablement jouer un rôle prépondérant dans la pathogénie du délire chez les alcooliques, les signes habituels des maladies de foie font défaut. La symp-

tomalogie se résume dans un ensemble de signes attestant tous le trouble biochimique d'un élément unique du foie, la cellule. »

En 1892, également, CHARRIN publie trois observations de malades présentant des troubles mentaux et atteints : l'un d'une cirrhose atrophique avec délire vespéral et hallucinations visuelles ; le second de cirrhose mixte avec diminution passagère du niveau mental ; le troisième est atteint de cancer primitif du foie avec confusion mentale.

« Il serait facile, dit M. CHARRIN, d'émettre une série d'hypothèses sur l'influence des auto-intoxications sur les phénomènes cérébraux, de montrer le rôle de la cellule hépatique dans ces intoxications, de rapprocher la folie hépatique de la folie brightique. »

En 1893 dans leur rapport au Congrès de La Rochelle, RÉGIS et CHEVALIER LAVAURE montrent le rôle du foie et du rein dans la production des délires. Ils établissent la comparaison entre la folie hépatique et la folie brightique. « Il s'agit d'une véritable auto-intoxication, souvent à point de départ éthylique, qui dans les cas aigus, se manifeste sous forme de délire aigu toxique semblable au délire alcoolique. »

Ces auteurs ont noté qu'à ces accès de folie paraissaient correspondre des variations de composition des liquides de l'organisme. Ils ont noté des décharges d'acide urique et des modifications de la toxicité urinaire, celle-ci étant souvent inférieure à la normale à la fin de la crise.

En 1894, KLIPPEL, fait à nouveau une communi-

cation sur l'origine hépatique de certains délires alcooliques. Pour cet auteur, il est bien rare, si cela est même possible, qu'un malade alcoolique et délirant n'offre pas à l'autopsie des lésions hépatiques. L'alcool introduit dans l'organisme y crée des lésions à déterminations surtout cérébrales et hépatiques. Pendant une première période, le malade n'est qu'un alcoolique, ensuite, ces lésions se poursuivant insidieusement, il deviendra un hépatique. Le délire alcoolique se transforme alors, il devient un délire méningitique ou l'encéphalite aiguë transforme l'alcoolique en malade atteint de *delirium tremens* ; l'encéphalite chronique (paralysie générale associée) le transforme en paralytique général.

Le délire hépatique des alcooliques n'est pas plus le délire alcoolique que le délire de la paralysie générale évoluant chez ces malades, n'est le délire alcoolique lui-même.

Cette comparaison prise dans toute sa rigueur, comme le dit KLIPPEL, suffit à montrer le rôle joué par l'insuffisance hépatique dans la production du délire. Elle fixe l'importance de l'alcool comme cause première, elle établit la nature pathogénique des troubles mentaux : ce sont des troubles para-alcooliques. Ils impliquent d'autres lésions.

En ce qui concerne le foie, il paraît invariablement jouer un rôle chez les alcooliques délirants, c'est-à-dire même en dehors des cas de délire par la seule insuffisance hépatique. C'est ainsi que KLIPPEL rapporte l'observation de deux cas de *delirium tremens*

par hyperémie exudative et par inflammation méningée dans lequel le foie étant lésé profondément. L'autopsie a donc permis à KLIPPEL de trouver les altérations cellulaires du foie que la clinique et l'examen urologique lui avaient permis de prévoir.

En 1895, JOFFROY publie, dans ses leçons à l'Asile Sainte-Anne, plusieurs cas de délire liés à une insuffisance hépatique.

Un an plus tard, en 1896, Léopold LÉVI fait une thèse sur les troubles nerveux d'origine hépatique et la même année CULLERRE fait une communication à la Société de Neurologie sur « l'hépatisme et les psychoses ». — « Il y a lieu, dit-il d'accorder une importance réelle au point de vue étiologique, aux lésions et aux troubles fonctionnels du foie dans les maladies mentales... Chez les alcooliques, le foie progressivement lésé intervient pour hâter l'apparition du délire et de la folie mais son action n'ôte rien de sa valeur à la puissance pathogène de l'intoxication alcoolique sur le cerveau. Il est rationnel d'admettre que dans certains cas sans l'appoint de l'intoxication hépatique, le délire alcoolique pourrait ne pas se produire ou encore que lorsque le délire éclate après une période d'abstinence alcoolique, le foie étant malade, ce dernier joue le rôle de cause déterminante, mais il ne faut pas omettre de reconnaître que si, dans ces conditions la cellule cérébrale succombe, c'est qu'elle était préalablement modifiée par le poison d'origine externe au même titre d'ailleurs que la cellule hépatique elle-même. »

En 1898, Gilbert BALLET et Maurice FAURE publient un article sur les rapports des troubles mentaux et de l'insuffisance hépatique.

En 1900, Maurice FAURE fait sa thèse sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépatorénales.

Citons également à la même époque les travaux de FALK de Saint-Petersbourg, qui étudie les altérations microscopiques du foie et des reins dans quelques cas de troubles psychiques.

HASCOVEC fait une communication intéressante sur l'urobilinurie et l'hématoporphyrie dans les maladies mentales.

BARBACCI montre l'altération des éléments nerveux dans la cholémie permanente.

En 1901, CULLERRE, au cours d'une communication sur le « Délire aigu et l'urémie » admet pour ce syndrome une origine variable et parmi plusieurs causes, il cite l'auto-intoxication par lésion du foie.

En 1902, VIGOUROUX et JUQUELIER publient un article sur l'insuffisance hépatique et le délire. Ils rapportent le cas de trois malades ayant présenté un certain degré d'insuffisance hépatique intermittente coïncidant avec des périodes de délire hallucinatoire, de confusion mentale avec dépression mélancolique et de confusion mentale avec agitation.

L'année suivante, en 1903, VIGOUROUX et LAIGNEL-LAVASTINE, au Congrès de Bruxelles, exposent le cas d'un délire par insuffisance hépatorénale ayant donné lieu au syndrome paralysie générale.

A la même époque GILBERT et LEREBoullet attirent l'attention sur la stéatose latente des alcooliques.

En 1903, CARRIVE a cru pouvoir attribuer à l'insuffisance hépatique un cas de délire aigu observé chez un paludéen.

En 1908, Valentin GUICHARD fait une thèse sur l'insuffisance hépatique dans le délire alcoolique subaigu et sur la signification de la glycosurie alimentaire chez ces malades. Chez tous, cette épreuve s'est montrée positive, et dans les cas favorables l'auteur a observé la disparition parallèle du délire et de la glycosurie alimentaire.

La même année, GILBERT et BAUDOIN faisaient paraître à la Société de Biologie, un article sur la glycosurie expérimentale.

En 1909, LAIGNEL-LAVASTINE et ROSANOFF reprennent cette question, et recherchent systématiquement la glycosurie alimentaire chez les délirants. Ils rapportent en particulier le cas de six alcooliques, présentant de la confusion mentale, du délire onirique ou des idées de persécution, chez lesquels cette épreuve s'est montrée positive.

En 1912, Enrico DOSIO et Francesco PETRO, étudiant la courbe de l'urine dans les psychoses alcooliques, constatent au moment de l'acuité de la crise une diminution du volume des urines accompagnée d'une diminution de l'élimination de l'urée et des chlorures ainsi qu'une dissociation dans l'élimination des sulfates et de l'urée.

En 1926, Noël FIESSINGER et Henry WALTER étudient la capacité fonctionnelle du foie au moyen du rose bengale. Cette méthode consiste à injecter dans les veines du malade une quantité de colorant proportionnelle au poids du sujet. Le rose bengale étant un colorant à élimination biliaire prépondérante sinon exclusive, la capacité fonctionnelle du foie est mesurée par la colorimétrie du sérum sanguin et la constatation de la vitesse de disparition du colorant. Dans les cas d'alcoolisme chronique ces auteurs ont trouvé des chiffres supérieurs au taux normal qui est de 3 milligrammes de rose bengale par litre de sang, 45 minutes après l'injection.

Il nous faut arriver en 1927 pour trouver quelques recherches sur les troubles humoraux dans l'alcoolisme. RAFFIN, se basant sur le fait que les alcooliques chroniques offrent le plus souvent des signes d'insuffisance hépatique et parfois aussi d'insuffisance rénale, cherche à montrer chez quelques-uns de ces malades dont le foie et le rein semblent indemnes, si l'on ne pourrait pas mettre en évidence une anomalie de l'excrétion urinaire.

Il trouve un pH urinaire bas en moyenne. Les chiffres d'ammoniaque paraissent normaux tandis que ceux de l'azote sont un peu bas. Il en résulte que le rapport $\frac{\text{ammoniaque}}{\text{azote total}}$ est un peu plus élevé et irrégulier qu'il ne convient. Toutefois, l'élévation ne s'élève guère au-dessus de 10. En résumé, trouble de la nutrition à côté d'une tendance à l'acidose.

En 1928, Ermann SCHEINER étudiant la réaction de Millon dans l'urine au cours des psychoses toxiques, met en valeur la présence d'une substance spéciale dans les urines des grands syndromes infectieux, de l'Hébéphrénie et de la psychose alcoolique. Dans ce dernier cas cette substance est très souvent accompagnée de présence d'urobiline ou d'urobiligène, dénotant une altération très nette du foie ; de même que la réaction de Millon est due, pour cet auteur, à une destruction frappant les cellules hépatiques.

En 1929, TOULOUSE, COURTOIS et PICHARD, étudiant le liquide céphalo-rachidien des alcooliques, le trouvent habituellement non modifié, sauf cependant une extension fréquente de la précipitation du benjoin dans la zone méningitique.

Quelques mois plus tard, ces mêmes auteurs rapportent l'observation de deux malades atteints d'alcoolisme subaigu qui, après une crise convulsive, présentent l'une une réaction mènégée clinique, et tous deux des modifications (lymphocytose, hyperalbuminose) disparues en quelques jours.

En 1930, au Congrès de Lille, ABADIE et PAULY font un rapport sur le liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme.

Ils étudient 56 cas d'alcoolisme aigu et 44 cas d'alcoolisme chronique. L'hyperalbuminose et la lymphocytose qu'ils ont rencontré dans ces différents cas, ne sont pas à leur avis uniquement imputables à l'alcool. La méningite chronique trouvée à l'autopsie des alcooliques leur paraît être une résultante des

atteintes infectieuses et toxiques diverses. « En pratique, disent ces auteurs, chez tout alcoolique qui présente une hyperalbuminose isolée du L. C. R., il faut savoir que l'alcool n'est jamais le seul coupable — mais il agit, au niveau des méninges, comme un véritable mordant pour toutes infections ou intoxications susceptibles de se localiser sur les enveloppes du névraxe.

En 1930, PUCA étudiant la réserve alcaline et la tension alvéolaire dans certaines formes mentales, après avoir examiné plus de 50 cas, trouve des résultats normaux ou inconstants dans l'alcoolisme en particulier.

En 1931, ACHARD, Jeanne LÉVY et WELLISCH mettent en valeur les modifications chimiques des éléments inorganiques du sang au cours du delirium tremens et chez les animaux alcoolisés. Ces auteurs arrivent aux conclusions suivantes :

1^o La teneur en potassium du sérum des chiens alcoolisés par voie intraveineuse et par voie buccale est inférieure à celle du sérum normal, on observe en même temps de l'hypercalcémie. Quant au taux du sodium dans le sérum, il ne subit que de faibles variations, cependant il semble y avoir une légère hyponamétrie.

2^o Chez les alcooliques en crise de delirium tremens, le taux du potassium plasmatique est diminué tandis que celui des autres cations : Ca, Na est nettement augmenté.

Ces résultats sont en harmonie avec ceux obtenus

antérieurement par ROSENFELD, INOKA qui signalent une augmentation de l'acide urique dans le sang et enfin ceux de NAZUM et MANER qui signalent une augmentation de la réserve alcaline sous l'influence de l'absorption d'alcool.

En 1931, également, TOULOUSE, COURTOIS et M^{lle} RÜSSEL, étudiant quelques modifications chimiques du sang au cours du delirium tremens alcoolique, aboutissent aux résultats suivants :

Le taux de l'urée, du sucre, de la cholestérine du sang est habituellement normal ou peu augmenté au début des accidents mentaux. Il existe en cours de l'accès une rétention de ces divers corps, rétention qui porte spécialement sur l'urée. Après l'accès, l'azotémie ne retombe à la normale qu'après un retard de quelquefois plusieurs jours.

Les pigments biliaires du sang ont toujours été nettement augmentés dès l'entrée des malades dans le service, ils s'éliminent assez rapidement et leur taux s'abaisse vite après l'accès. Ce fait paraît indiquer une insuffisance initiale du foie.

Dans les cas mortels, l'azotémie s'élève à mesure que l'accès dure, mais habituellement au moment de la mort, le taux de l'urée n'atteint pas 2 gr. ‰. Cependant, comme dans les autres cas non mortels, ces chiffres peuvent être dépassés, la valeur pronostique de l'azotémie reste minime.

En 1932, YOAKI et RONDEPIERRE font une communication sur le délire aigu d'origine alcoolique chez une éthylique chronique. Au cours de ce délire aigu

qui évolua vers la mort en 12 jours, le taux de l'urée sanguine ne dépassa pas 0 gr. 55. Les auteurs opposent ce chiffre à ceux très élevés que l'on trouve chez les éthyliques aigus, en particulier dans l'encéphalite psychosique et aiguë azotémique.

En juillet 1932, CLAUDE, DUBLINEAU, MASQUIN et M^{lle} BONNARD étudient les troubles du métabolisme azoté dans les maladies mentales. Au cours de leurs recherches sur les polypeptides du sang et de liquide céphalo-rachidien dans quelques psychoses alcooliques, ces auteurs sont arrivés aux conclusions suivantes : le taux et l'évolution de la peptorachie et d'autre part le taux des polypeptides sanguins, l'azotémie et l'albuminorachie, les épreuves courantes de fonctionnement hépato-rénal présentent une certaine indépendance, mais les chiffres obtenus sont en général plus élevés que normalement.

Enfin, tout dernièrement, en janvier 1933, TOULOUSE, MARCHAND et COURTOIS, au cours d'une communication à la Société Médico-psychologique, apportent d'intéressantes précisions sur le syndrome biologique dans l'encéphalite psychique aiguë des alcooliques.

C'est ainsi qu'examinant les urines de ces malades, ils les trouvent foncées et diminuées de volume, l'albumine est fréquente, la glycosurie se voit également, soit au cours de l'accès aigu, soit même chez des chroniques.

L'urobiline s'observe très souvent accompagnée

parfois de sels biliaires. Le taux des éléments normaux de l'urine est en général diminué.

Dans le sang, les auteurs notent une augmentation de l'urée sanguine accompagnée d'une légère majoration du taux du chlore, du sucre et de la cholestérine. Enfin, le liquide céphalo-rachidien est sensiblement normal. Quelquefois, la tension est un peu augmentée, la lymphocytose est nulle ou très faible sauf lorsque le malade a eu une crise épileptoïde. Quant à l'albumine, le taux est un peu modifié sauf dans de très rares cas où il s'étend de 0 gr. 40 à 0 gr. 50.

DEUXIÈME PARTIE

L'ALCOOLISME AIGU

CHAPITRE PREMIER

Etude des modifications.

Dans le sang : du taux de l'urée, de l'azote résiduel, du rapport azotémique, du chlore, du *pH* et de la réserve alcaline.

Dans les urines : du taux de l'urée, du rapport azoturique. Apparition d'éléments anormaux : Sucre, albumine, pigments biliaires, urobiline, urobiligène.

OBSERVATION I. — D... Joseph, 42 ans. Crémier. Marié.

Entre le 14 février 1933 à l'Infirmierie spéciale avec le certificat suivant :

Alcoolisme chronique. État subaigu. Onirisme nocturne (des cambrioleurs ont pénétré dans sa chambre, il ne les a pas vus mais il les a entendus. On visite sa cave, il a montré un trou du mur par où ils passaient). Idées de jalousie. Sa femme le trompe avec un commis.

Excès alcooliques avoués, il abuse de la boisson depuis

5 ou 6 ans parce qu'il a des ennemis du côté de la famille de sa femme. Tremblement généralisé. Parole trémulante. Visage rouge. Moiteur, pouls : 108.

Conduit à l'Infirmierie sur demande de l'entourage. Coups à sa femme et à son commis. Était d'abord allé se plaindre au commissariat des cambrioleurs. — Signé Dr L.

Admis le 15 février à l'Asile Sainte-Anne.

Désorientation complète dans le temps et dans l'espace. Attention impossible à fixer.

Onirisme ; transformation des impressions cénesthésiques et sensorielles.

Sueurs profuses.

Facies congestionné, langue saburrale, odeur d'acétone.

Trémulation généralisée de tous les muscles.

Réflexes rotuliens vifs. Réflexes achilléens normaux.

Pupilles égales et réagissant à la lumière.

Foie douloureux et petit.

Examen du sang : B W : —.

Meinicke : —.

Kahn : —.

15 février 1933 : 37°7.

Sang. Urée : 0,32.

Azote total : 0,26.

Rapport azotémique : 59 %.

Azote résiduel : 0,11.

pH : 7,53.

Réserve alcaline : 66,38.

Urines : 800 centimètres cubes en 24 heures. Hautes en couleur.

Urée : 17 gr. 40 %.

Sucre : 0.

Albumine : 0.

Urobiline libre : +.

Urobilinogène : +++.

Azote total : 12 gr. 49.

Rapport azoturique : 63 %.

Rose bengale, chiffre obtenu : 10, le 15 mars (37,2. 37,8 jusqu'au 10 mars)

RÉSUMÉ : rapport azotémique diminué ; rapport azoturique diminué ; pH augmenté dans le sang ; présence d'urobiline et d'urobiligène dans les urines ; épreuve du rose bengale positive.

OBSERVATION II. — G..., 32 ans, chauffeur-livreur (Spiritueux).

Le malade vient à la consultation à l'Hôpital Henri Rousselle, le 24 février 1933. Il est accompagné de sa femme qui nous déclare que son mari est un alcoolique chronique ; buvant depuis des années : vin rouge, apéritifs, rhum. — Depuis longtemps : insomnie, céphalée, pituites matinales et depuis quelques mois, crampes dans les mollets.

Depuis quelques jours le malade est dans un état d'agitation assez violente et surtout nocturne : Cauchemars effrayants, rêves professionnels, zoopsie (chats et rats).

La nuit précédente, est sorti de chez lui, a brisé des objets et a été ramené chez lui par des agents.

Admis avec le diagnostic de delirium tremens.

Antécédents : Père mort à 33 ans dans une crise de delirium tremens. Mère alcoolique.

A son entrée : Pas de température. Malade agité et confus, hallucinations.

Tremblement généralisé de tout le corps.

Langue trémulante et saburrale. Subictère des conjonctives.

Céphalée violente.

Réflexes rotuliens et achilléens normaux.

Foie gros et douloureux.

Léger météorisme abdominal mais pas d'ascite.

Le 28 février : le malade est calme, dort.

Le 2 mars : le malade est très amélioré, s'occupe un peu.

Amnésie complète de sa crise de délirium.

Le 19 mars : sortie.

25 février 1933 :

Sang. Urée : 0,94 ; dosage au xanthydol : 0,83.

Azote total : 0,60.

Coefficient azotémique : 73 %.

Azote résiduel : 0,16.

pH : 7,38.

Réserve alcaline : 56,09.

Chlore dans le plasma : 2,89.

Chlore dans le sang total : 2,75.

27 février 1933 (fin de la crise).

Sang. Urée : 10,45.

Azote total : — 0,30.

Coefficient azotémique : 70 %.

Azote résiduel : 0,9.

pH : 7,42.

Réserve alcaline : 60,20.

Chlore dans le plasma : 3,34.

Chlore dans le sang total : 2,75.

Réactions humorales. Négatives dans le sang.

Urines. Le 26 février 1933 :

Albumine : 0.

Sucre : 0.

Acétone : 0.

Pigments biliaires : 0.

Sels biliaires : traces.

Résumé :

Urobiline et urobiligène : traces.

RÉSUMÉ : *urée sanguine augmentée ; coefficient azotémique diminué ; coefficient azoturique diminué ; présence de sels biliaires ; urobiline et urobiligène dans les urines.*

OBSERVATION III. — P... Georges, 39 ans, marchand forain.

Entre le 27 février 1933 à l'Hôpital Henri Rousselle où il est gardé en observation jusqu'au 5 mars, date à laquelle est rédigé un certificat d'admission à l'Asile Sainte-Anne.

A son arrivée, le 27 février, il est accompagné du certificat suivant de son médecin traitant :

Prière de bien vouloir admettre à l'Hôpital Henri Rousselle, le nommé P... atteint de cirrhose du foie. Crise de délirium tremens. Confusion mentale.

A ce moment, le malade est complètement désorienté dans le temps et dans l'espace. Il présente un onirisme très actif, une amnésie complète. Le facies est pâle, subictérique. On remarque des sueurs profuses, une trémulation généralisée de tout le corps. Très légère hyperthermie.

Le 5 mars, le malade est admis à l'Asile avec le certificat suivant :

Psychose alcoolique de Korsakoff. Désorientation avec fabulation (se croit dans sa chambre, il est chez une parente dont il venait chercher les bijoux). Promenades récentes avec détails circonstanciés. Nous parle de son métier (il prépare des chocolats pour le 1^{er} janvier, il a déjà reçu des commandes importantes. Reconnaît tout le monde autour de lui. Promet des gâteaux. Suggestibilité. Abolition des réflexes tendineux. Tremblement. Turbulence. Bouleverse et lacère sa literie. Évolution depuis un mois.

Azotémie : 0,38 (le 28 février). B. W., Meinicke et Kahn positifs. L. C. R. : albumine : 0,45 — Pandy + Leuco : 0,8. Benjoin : 00000. 12221. 00000. B. W. et Meinicke négatifs.

28 février 1933 :

Sang. Urée : 0,38.

1^{er} mars 1933 :

Sang. Urée : 1 gr. 14 ; dosage au xanthidrol : 0,92.

Azote total : 0,69.

Coefficient azotémique : 70 %.

Azote résiduel : 0,16.

p H : 7,40.

Réserve alcaline : 57,44.

Chlore dans le plasma : 3,52.

Chlore dans le sang : 2,90.

Urines : impossibilité de les recueillir.

2 mars 1933 :

Sang. Urée : 0,85 ; dosage au xanthidrol : 0,74.

Azote total : 0,50.

Coefficient azotémique : 78 %.

Azote résiduel : 0,11.

p H : 7,38.

Réserve alcaline : 59,32.

Chlore dans le plasma : 3,68.

Chlore dans le sang total : 2,96.

Urines : rares, hautes en couleur.

Albumine : 0.

Sucre : 0.

Urobiline et urobiligène : ++.

Pigments biliaires : +.

Urée : 15 gr. 2.

Azote total : 9.

Coefficient azoturique : 77 %.

Ponction lombaire : albumine : 0,45. •

Leuco : 0,8.

Globulines : Pandey : 0 ; Weischbrodt : 0.

Benjoin : 00000. 12221. 00000.

B. W. : —

Meinicke : —

Sang. B. W. : +.

Meinicke : +.

Kahn : +++.

RÉSUMÉ : réactions humorales positives dans le sang ; urée sanguine augmentée pendant la crise ; coefficient azotémique diminué ; coefficient azoturique diminué ; présence de pigments biliaires, urobiline et urobiligène dans les urines ; hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION IV. — C..., 39 ans, chauffeur d'auto.

Le malade est amené le 2 mars à l'Hôpital Henri Rousse. Il vient de l'Hôpital Boucicaut avec le certificat suivant de l'interne de service :

« M. C..., actuellement hospitalisé à Boucicaut pour plaie infectée et lymphangite du pied gauche, présente des crises de delirium tremens très intenses qui nécessitent son hospitalisation dans un service d'agités. »

A son entrée dans le service, le malade est très agité, halluciné, brisé une glace de la porte de sa cellule.

Tremblement généralisé de tout le corps.

Sueurs profuses.

Gros subictère des conjonctives.

Langue saburrale et trémulante.

Réflexes tendineux un peu faibles.

Foie gros, dépasse les fausses côtes de 2 travers de doigt.

Légèrement douloureux.

Température : 39°6.

Le 3 mars : Le malade est plus calme.

Température. Matin : 39°4 ; soir : 38°3.

Le 4 mars : la température est descendue à 37°8 le matin ; 37°6 le soir.

Le malade est calme.

Le 17 mars : sortie.

3 mars 1933 :

Sang. Urée : 0,62 ; dosage au xanthidrol : 0,57.

Azote total : 0,41.

Coefficient azotémique : 68 %.

Azote résiduel : 0,12.

p H : 7,36.

Réserve alcaline : 56,07.

Chlore dans le plasma : 3,64.

Chlore dans le sang total : 2,96.

Urines : impossible à recueillir.

Urines, le 6 mars 1933 :

Sucre : 0.

Albumine : 0.

Acétone : 0.

Pigments biliaires : 0.

Urobiline et urobiligène : ++.

Sels biliaires : +.

RÉSUMÉ : *urée sanguine augmentée ; coefficient azoté-mique diminué ; présence de sels biliaires, urobiline et urobiligène dans les urines.*

OBSERVATION V. — R..., 51 ans, chauffeur chez un marchand de vins.

Entre le 14 mars 1933 à l'Infirmierie spéciale du Dépôt avec le certificat suivant :

« Agitation psycho-motrice très violente, impulsive et agressive. Crise de fureur chez un marchand de vins. Bris de verres et de bouteilles. Conduit au commissariat, a brusquement commis de nouvelles violences. Bris d'un téléphone, il a fallu 4 agents pour le maîtriser.

Disait les jours précédents qu'on faisait du cinéma dans sa chambre et qu'on voulait lui couper le cou.

Résistance à l'examen physique. Élément éthylique très probable. Pas de morsure de la langue qui tremble légèrement. Permis de conduire à suspendre. » (Dr Logre.)

Admis à Sainte-Anne le 15 mars. Certificat immédiat :

Confusion mentale avec crises de fureur et d'agitation. Visage congestionné 39°. Contusions à l'œil droit et au bras gauche. (Dr Simon).

A son entrée dans le service, le malade est désorienté dans le temps et dans l'espace. Inconscience de son état. Suggestibilité. Incohérence du discours.

Examen physique : tremblement généralisé au corps à l'occasion des mouvements.

Sueurs profuses.

Pas d'amaigrissement (78 kg.).

Facies congestionné.

Conjonctives injectées ; pus à l'angle interne des yeux.

Contusion sur l'œil droit.

Pupilles inégales $D < G$. Semblent réagir.

Langue saburrale un peu sèche et trémulante.

Myoclonies au niveau de la commissure labiale gauche.

Réflexe rotulien normal à gauche, n'apparaît pas à droite

Réflexe achilléen normal à gauche, n'apparaît pas à droite.

Babinski ne semblait pas exister.

Réflexe crémastérien existe.

Le malade s'affaiblit chaque jour, ne boit plus, est alimenté à la sonde. Il entre dans un semi-coma le 18 mars au matin et meurt le même jour à 17 heures, sa température atteignant à ce moment-là 40°5.

15 mars 1933 :

Sang. Urée : 1,76 ; dosage au xanthidrol : 1,13.

Azote uréique : 0,82.

Azote total : 0,98.

Rapport azotémique : 83 %.

Azote résiduel : 0,16.

pH. : 7,55.

Réserve alcaline : 67,83.

Chlore dans le plasma : 3,85.

Chlore dans le sang total : 2,95.

Urines. Albumine : 0,25.

Sucre : 0.

Urée : 20 grammes.

Azote total : 10 gr. 3.

Rapport azoturique : 90 %.

Pigments biliaires : 0.

Urobiline : +.

Urobiligène : 0.

18 mars 1933 :

Prise de sang à 11 h. 1/2 ; — mort à 17 heures.

Urée : 3,87. 5 h. 1/2 avant la mort.

Sang : Wassermann : —.

Meinicke partiellement : +.

Kahn : +++.

Ponction lombaire le 17 mars :

Liquide hémorragique (xanthochromique).

B. W. : négatif.

RÉSUMÉ : *chlore augmenté ; urée sanguine augmentée ; coefficient azotémique augmenté ; coefficient azoturique augmenté ; pH sang augmenté ; présence d'albumine et d'urobiline dans les urines ; réactions du sang partiellement positives ; liquide céphalo-rachidien xanthochromique.*

OBSERVATION VI. — B..., 33 ans, marchand de vins.

Le malade est amené à l'Hôpital Henri Rousselle le 16 mars 1933 avec le certificat suivant de son médecin, chef de Clinique à la Salpêtrière :

« M. B... présente les signes d'une intoxication alcoolique subaiguë avec onirisme, hallucinations visuelles, zoopsie. Il présente une cirrhose hypertrophique avec splénomégalie. Il doit être transporté à l'Hôpital Henri Rousselle. Paris, le 15 mars. »

A son arrivée dans le service, le 16 mars, le malade ne présente pas de température.

Quelques hallucinations visuelles.

Léger tremblement généralisé de tout le corps.

Attention difficile à fixer. Pas d'amnésie.

Le malade a conscience de son état et avoue des accès éthyliques datant de plusieurs années.

Il nous raconte qu'il a des cauchemars depuis 3 jours.

Zoopsie (lions, tigres). « Cette nuit, il a beaucoup travaillé, il a été très occupé avec ses clients. »

Réflexes rotuliens et achilléens normaux.

Pas de troubles de sensibilité.

Langue saburrale et trémulante.

Quelques gouttes de sueur sur le front.

Le 17 mars : malade calme et lucide.

Le 26 mars : sortie.

16 mars :

Sang. Urée : 0,56 ; dosage au xanthidrol : 0,51.

Azote total : 0,38.

Coefficient azotémique : 68 %.

Azote résiduel : 0,12.

pH : 7,54.

Réserve alcaline : 67,89.

Chlore dans le plasma : 3,32.

Chlore dans le sang total : 2,80.

Urines. Urée : 19,56.

Sucre : 0.

Azote total : 10,79.

Albumine : 0.

Rapport azoturique : 85 %.

Pigments biliaires : 0.

Urobiline : ++.

Urobiligène : +.

Ponction lombaire le 20 mars .

Tension : 35.

Albumine : 0,20.

Globulines : Pandy : 0 ; Weichbrodt : 0.

Leuco : 0,4.

Benjoin : 00000. 12222. 00000.

Élixir parégorique : 00.

B. W. — Meinicke : négatifs.

Réactions humorales du sang : négatives.

RÉSUMÉ : *urée sanguine augmentée ; coefficient azotémique diminué ; pH dans le sang augmenté ; présence d'urobiline et d'urobiligène dans les urines.*

OBSERVATION VII. — B... Robert, manoeuvre, 32 ans.

Le malade est amené le 17 mars 1933 à l'Infirmierie spéciale du Dépôt. Un certificat ainsi conçu est rédigé :

Alcoolisme. État subaigu récent. Onirisme. S'est cru poursuivi par des individus qui l'ont filé toute la nuit et voulaient lui « flanquer une raclée ». Élément défensif, s'est entaillé le poignet gauche avec un rasoir. Voulait en finir. Il avait « un coup de cafard ou de bourdon ». Grosse imprégnation éthylique.

Boit : Amourette, Suze, Pernod, Marc, Rhum, Calva, etc., 4 litres de vin par jour. Tremblement généralisé. Hyperalgésie musculaire. Crampes, pîtuites, cauchemars (chauve-souris). Réflexes tendineux vifs. Arrêté sur la demande de ses logeurs après sa tentative de suicide. Permis de conduire à suspendre. (Dr Logre.)

Le malade est passé à Sainte-Anne, le 18 mars. Le certificat immédiat est ainsi rédigé :

Alcoolisme, avec accidents subaigus. Ennemis imaginaire et zoopsie, frayeurs et réveil en sursaut. Tentative récente de suicide (plaie au poignet gauche). Étourdissements. Crampes et tremblement des mains. Réflexes rotuliens vifs, Sibilances. Écrasement récent du bout des doigts de la main droite (accident de travail). Père interné (Alcoolisme). (Dr Simon.)

Le 20 mars, le malade arrive dans le service.

Le malade est encore un peu confus. Il sait qu'il est dans un hôpital mais ne peut dire son nom.

Mal orienté dans le temps.

Il est très déprimé depuis quelques mois, aussi il boit pour s'étourdir 3 ou 4 litres de vin rouge, 4 ou 5 apéritifs par jour (Pernod, Suze). A contracté l'habitude de boire aussitôt après son service militaire.

Se souvient avoir eu des hallucinations auditives et visuelles (zoopsie) ; pendant la journée il se rend compte que tout ceci n'existe pas, mais la nuit il y croit. Cette nuit

encore, il a mal dormi, s'est réveillé plusieurs fois et a entendu des gens lui parler.

Se rappelle très bien avoir été menacé par des gens qui le poursuivaient et voulaient « lui flanquer une raclée ».

A fait récemment (le 17 mars) dans la nuit, vers une heure du matin, une tentative de suicide parce qu'il avait peur et en avait assez de tous ses ennemis.

Actuellement voudrait encore recommencer.

L'examen physique du malade nous fournit les renseignements suivants : Sueurs profuses surtout la nuit.

Tremblement généralisé de tout le corps.

Langue saburrale, trémulante.

Teint subictérique.

Pupilles en léger myosis, égales, réagissant à la lumière et à l'accomodation.

Réflexes rotuliens vifs.

Foie petit et douloureux.

Pituites.

Crampes dans les jambes.

Température : 38°.

Le 21 mars, la température est revenue à la normale.

18 mars 1933 :

Sang. Urée : 0,53 ; dosage au xanthidrol : 0,50.

Azote total : 0,37.

Azote résiduel : 0,12.

Coefficient azotémique : 67 %.

pH : 7,52.

Réserve alcaline : 63,21.

Chlore dans le plasma : 3,34.

Chlore dans le sang total : 2,87.

Urines. Urée : 18 gr. 79.

Azote total : 11,03.

Coefficient azoturique : 80 %.

Albumine : 0.

Sucre : 0.

Pigments biliaires : 0.

Urobiline : +.

Urobiligène : +.

Sang, le 3 avril 1933 :

Urée : 0,31.

Examen des urines le 3 avril :

Albumine : 0.

Sucre : 0.

Pigments biliaires : 0.

Urobiline : +.

Urobiligène : +.

Rose Bengale : 6.

RÉSUMÉ : *urée sanguine augmentée ; coefficient azotémique diminué ; coefficient azoturique diminué ; pH dans le sang augmenté ; présence d'urobiline et d'urobiligène dans les urines ; épreuve du rose bengale, positive.*

OBSERVATION VIII. — L..., 43 ans, manœuvre, marié.

Le malade est amené le 20 mars à l'Hôpital Henri Rousseau accompagné par sa femme et sur le conseil de son médecin.

C'est la première fois qu'il est soigné à l'hôpital pour une crise d'éthylisme aigu. Mais c'est la seconde fois qu'il a une crise de ce genre.

Il s'agit d'un alcoolique chronique qui depuis de nombreuses années boit 2 à 3 litres de vin rouge par jour, mais ne prend jamais ni apéritifs, ni alcool.

Il y a 8 jours, le 12 mars, le malade a eu un embarras gastrique fébrile. Il s'est trouvé mal et est tombé en revenant de son travail. Il s'est couché aussitôt et à partir de ce moment-là il est mis à délirer.

A son entrée dans le service, nous nous trouvons en présence d'un malade assez mal orienté dans le temps et dans l'espace ; en proie à des hallucinations auditives et visuelles. Très agité : il doit être maintenu au lit camisolé.

On observe : un tremblement généralisé de tout le corps.

Des sueurs abondantes surtout au niveau du visage.

Teint terreux.

Conjonctives subictériques.

Langue saburrale et trémulante.

Les pupilles sont égales, les réflexes pupillaires normaux.

Les réflexes rotuliens et achilléens sont plutôt vifs.

Le foie déborde les fausses côtes de 2 travers de doigt et semble légèrement douloureux.

La température est de 37°8 à l'arrivée, mais elle atteint 38° le 21 au soir et revient progressivement à la normale, le 23.

Le malade, réclamé par sa famille, sort le 4 avril 1933, très amélioré.

20 mars :

Sang. Urée : 0,87 ; dosage au xanthidrol : 0,75.

Azote total : 0,54.

Coefficient azotémique : 74 %.

Azote résiduel : 0,14.

pH : 7,51.

Réserve alcaline : 65,49.

Chlore dans le plasma : 3,44.

Chlore dans le sang total : 2,51.

Urines : impossible à recueillir en raison de l'agitation du malade.

Urines recueillies le 23 mars, mais en trop faible quantité pour effectuer tous les dosages :

Albumines : traces.

Glucose : 0.

Acétone : 0.

Urobiline et urobiligène : +.

Sels biliaires : 0.

RÉSUMÉ : urée sanguine augmentée ; coefficient azotémique diminué ; pH dans le sang augmenté ; chlore diminué ; présence d'albumine, d'urobiline et d'urobiligène dans les urines.

OBSERVATION IX. — P... Paul Joseph, cantonnier, 43 ans.

Entre le 22 mars 1933 à l'Infirmierie spéciale, avec le certificat suivant :

Alcoolisme chronique. État subaigu. Onirisme auditif et visuel. Anxiété. Dans la nuit, s'est agité à domicile. A frappé son image dans la glace, croyait qu'il pleuvait dans la chambre.

Ici, se croyait dans la chambre des condamnés à mort. On lui lançait des boules et des graviers avec un tube, etc. Raconte que depuis 15 jours, on jouait chez lui de la T. S. F. Critique partielle des hallucinations. Persistance de certaines. Convictions délirantes. Tremblement, moiteur. Pupilles en mydriase, réagissant bien. Langue un peu sèche. Dysarthrie trémulante. Pouls : 120.

Arrêté en raison de son agitation violente pendant la nuit. (Dr Logre.)

Est admis à Sainte-Anne le 23 mars. Le certificat immédiat est ainsi rédigé :

Alcoolisme avec accidents subaigus (cambricoleurs, électricité). Cris et frayeurs, insomnie. Etourdissements, crampes et gros tremblement. Cicatrice de blessure de guerre, région lombaire et appendicectomie il y a 2 ou 3 ans. (Dr SIMON.)

Interrogé le 24 mars.

Le malade nous dit son âge, son nom, sa profession.

Il est mal orienté dans le temps et assez mal dans l'espace. (Croit être dans une maison de convalescence près du Boulevard Poissonnière.) Prend les malades pour des petits gars que l'on photographie et qui prennent part à un concours pour les journaux).

Déjà, le malade se rend compte de l'absurdité de ses idées délirantes. « L'histoire des graviers et des boules qu'on lançait dans ma chambre, n'existe pas. C'est un rêve. Avant de venir ici, j'ai vu un homme entrer chez moi pour poser

un poste de T. S. F. chez un voisin. Mais c'était une vision. »
A encore cru voir sa femme hier dans le service.

Le malade reconnaît avoir entendu des gens lui parler dans les oreilles — maintenant c'est fini ; il ne lui reste plus que quelques bourdonnements.

Depuis longtemps le malade avait de l'insomnie et des cauchemars, il voyait des rats, des serpents, il avait aussi des rêves professionnels à caractère pénible.

Crampes dans les jambes depuis 3 mois, par intermittence.
Céphalée fréquente.

Pituites matutinales depuis un an.

Saignement de nez depuis 6 mois.

C'est la première fois que le malade a une crise semblable. Il boit depuis 4 ou 5 ans, 2 à 3 litres de vin par jour (rouge ou blanc). Quelques apéritifs de temps à autre (Suzé, Byrrh).

Au point de vue de ses antécédents personnels :

Typhoïde à 3 ans et nouvelle typhoïde à 31 ans. A beaucoup déliré à ce moment-là.

A reçu un éclat d'obus dans la région lombaire pendant la guerre (cicatrice de 18 centimètres au niveau de la région lombaire droite).

Examen physique du malade à son entrée à Sainte-Anne :

Tremblement généralisé exagéré par les mouvements et disparaissant au repos.

Teint subictérique.

Langue saburrale, présentant un tremblement en masse.

Dysarthrie — voix tremblante et brève (le malade reconnaît parler avec difficulté depuis qu'il a eu sa dernière typhoïde).

Léger subictère des conjonctives.

Pupilles en mydriase, égales, réagissant bien à la lumière et à l'accommodation.

Réflexes rotuliens très faibles.

Réflexes achilléens semblent exister faiblement des deux côtés.

Babinski en flexion.

Douleur provoquée par la pression des muscles jumeaux.

Réflexes crémastériens et abdominaux normaux.

Foie augmenté de volume et douloureux déborde les fausses côtes de 3 travers de doigt.

Pouls : 92. Température : 38°6.

La température baisse progressivement, et est revenue à la normale le 29 mars.

La femme du malade interrogée, ignorait que son mari buvait car chez lui il était assez sobre ; de plus il travaillait régulièrement, était très gentil avec son entourage, avait un caractère assez égal.

La crise l'a pris le dimanche 19 mars. Il avait un très gros tremblement de tout le corps, des cauchemars. Il causait beaucoup, parlait de naufrage, disait des phrases sans suite ayant trait à son travail.

Le médecin de la famille, appelé, l'a fait conduire à l'Infirmierie spéciale du Dépôt le mercredi 22 mars, en raison de sa température élevée et de son agitation.

24 mars :

Sang. Urée : 0,73 ; dosage au xanthydrol : 0,68.

Azote total : 0,47.

Coefficient azotémique : 72 %.

Azote résiduel : 0,13.

p H : 7,49.

Réserve alcaline : 62,04.

Chlore dans le plasma : 2,87.

Chloré dans le sang total : 2,74.

Réaction de Wassermann, Meinicke, Kahn : négatives.

Urines. Urée : 13,5.

Azote total : 8,50.

Coefficient azoturique : 74 %.

Sucre : néant.

Albumine : néant.

Pigments biliaires : néant.

Urobiline : + + +.

Urobiligène : néant.

Le 3 avril .

Rose Bengale : 7.

RÉSUMÉ : urée sanguine augmentée ; coefficient azoté-
mique diminué ; coefficient azoturique diminué ; p H dans
le sang augmenté ; présence d'urobiline dans les urines ;
épreuve de rose bengale positive.

OBSERVATION X. — L... Adolphe, tourneur, 29 ans.

Le malade entre le 22 mars 1933 à l'Hôpital Henri Roussel. Il y est admis avec le certificat suivant :

« Alcoolisme chronique avec excitation. Examen rendu difficile par l'état d'agitation. Il ne répondra rien. On sait mieux que lui ce qu'il fait. Syndrome hallucinatoire probable, dit qu'on lui parle tant qu'il deviendra fou, se plaint de mauvaises odeurs. « C'est là masse qui est contre lui ». Violences à domicile. Menaces dans le service. Refus d'hospitalisation. Sortie récente du service (6.3.33). Calme pendant quelques jours et reprise de l'agitation. »

B. W., Meinicke, Kahn : négatifs.

L. C. R. — Alb. : 0,35 ; Glob. : 0 ; Leuco : 0,4 ; Benjoin : 00000. 02210. 00000.

B. W., Meinicke, parégorique : négatifs. (Dr COURTOIS.)

Passé à Sainte-Anne le 27 mars 1933 avec le certificat suivant :

« Alcoolisme chronique avec syndrome confusionnel. Onirisme. Hallucinations multiples. Propos incohérents. Excitation violente. Cris. Récriminations. Impulsivité dangereuse. Insomnie. Demande du poison, veut mourir, il a assez de la vie. État psychopathique nécessitant l'internement. (Dr DUPOUY.)

A son entrée dans le service, le 28 mars, on note :

Amaigrissement considérable.

Pâleur.

Fuliginosité des lèvres.

Le malade ne répond pas aux questions.

Mimique incohérente, ferme les yeux, imitant le sommeil, puis siffle, regarde autour de lui comme s'il attendait quelqu'un.

Est maintenu au lit camisolé. Agitation de la tête de droite à gauche.

Mouvements de pédale des membres inférieurs.

Sueurs profuses.

Opposition à l'examen physique en raison de son agitation ; cependant on note.

Langue noire et sèche.

Pupilles égales semblant réagir à la lumière.

Réflexes cutané-abdominaux et crémastériens normaux.

Foie débordant les fausses côtes de 3 travers de doigt.

Tremblement des extrémités.

Pouls : 108. Température : 37°9.

Le dossier de l'Hôpital Henri Rousselle nous fournit les renseignements suivants :

Première entrée à l'Hôpital Henri Rousselle, le 26 février 1933 ; sortie le 6 mars. A ce moment-là, le malade est très turbulent. Avoue boire 1 à 2 litres de vin par jour et parfois 2 à 3 apéritifs. Ne dort pas la nuit. Tient des propos incohérents.

Pendant les 2 premiers jours de son séjour à Henri Rousselle fait 37°9 de température le soir. Aurait fait des excès éthyliques très fréquents depuis 3 mois environ.

Depuis sa sortie d'Henri Rousselle, le 5 mars, le malade n'aurait bu ni vin, ni alcool.

Examiné le 31 mars, le malade est moins agité. Dort un peu.

Température : 39°2. Pouls : 96.

Le malade se rend compte qu'il est à l'hôpital.

Désorienté dans le temps. Donne cependant exactement son état civil.

Illusions de fausses reconnaissances (reconnaît des personnes dans les lits voisins).

Avoue des excès éthyliques.

Boit bien.

Langue humide.

Réflexes normaux.

Le 3 avril :

Le malade ne boit plus, rejette tous les liquides.

Fuliginosités. Teint bistré.

Est alimenté à la sonde.

Température : 39°.

Auscultation du cœur ; rien d'anormal, mais matité à la base gauche du poumon. Le malade respirant mal on n'entend rien à l'auscultation.

Le 4 avril :

Nombreux crachats purulents.

Grosse matité de la base gauche.

Râles crépitants.

Pas de souffle.

Bruits du cœur légèrement assourdis.

Le malade boit.

Le 14 avril :

Le malade n'est plus agité. Il commence à manger.

Boit facilement. Langue humide.

Mais la matité persiste à gauche avec abolition du murmure vésiculaire.

La ponction exploratrice ramène un liquide purulent.

Le malade est envoyé au pavillon de chirurgie.

Le 28 mars 1933 :

Sang. Urée : 0,86.

Le 29 mars :

Sang. Urée : 0,82 ; dosage au xanthidrol : 0,73.

Azote total : 0,52.

Azote résiduel : 0,14.

Coefficient azotémique : 73 %.

pH : 7,55.

Réserve alcaline : 64,57.

Chlore dans le plasma : 3,49.

Chlore dans le sang total : 2,52.

Urines. Urée : 42 grammes.

Azote total : 25 grammes.

Rapport azoturique : 78 %.

Sucre : néant.

Albumine : néant.

Pigments biliaires : néant.

Urobiline : ++.

Urobiligène : +.

Ponction lombaire, le 30 mars 1933 :

Albumine : 0,40.

Globulines. Pandy : 0 ; Weichbrodt : 0.

Leucocyte : 3.

Réaction du Benjoin : 00000. 02210. 00000.

Élixir parégorique : 00.0.

B. W. : négatif.

Meinicke : négatif.

RÉSUMÉ : urée sanguine augmentée ; coefficient azotémique diminué ; coefficient azoturique diminué ; pH dans le sang augmenté ; chlore diminué ; présence d'urobiline et d'urobiligène dans les urines ; hyperabulminose du liquide céphalo-rachidien ; hyperlymphocytose du liquide céphalo-rachidien.

CHAPITRE II

Des dosages d'urée dans le sang et des examens de liquide céphalo-rachidien pratiqués dans quelques autres cas de delirium tremens et d'éthylisme subaigu, chez lesquels nous n'avons pas recherché les variations des autres corps étudiés précédemment au cours des 10 premières observations de delirium tremens, nous ont cependant permis de constater des fait intéressants que nous allons essayer de mettre en valeur au cours des observations suivantes.

OBSERVATION XI. — R... Louis, marié, 42 ans.

Il s'agit d'un éthylique chronique. Boit depuis longtemps 2 litres de vin par jour, de nombreux apéritifs, 6 amourettes Pernod par jour.

Pituites matutinales remontant à plusieurs années.

Insomnie avec cauchemars. Zoopsie.

Entre dans le service de prophylaxie mentale, amené par sa femme le 24 septembre 1930 : c'est sa dernière entrée.

Il y a 2 jours, a eu une crise nerveuse, analogue à une crise d'épilepsie (crise unique). Insomnie. A vu des bêtes féroces, des négresses. Cinéma sur les murs.

Arrivé très fatigué, calme mais confus.

Pas de température.

Examen du L. C. R. (24 septembre 1930) :

Tensions : 40.

Albumine : 0,32.

Globulines. Pandy : 0 ; Weichbrodt : 0.

Leuco : 0,2.

R. du Benjoin : 00000. 12222. 20000.

Élixir parégorique : 00.0.

B. W. : —.

Meinicke : —.

Examen du sang (24 septembre 1930) :

B. Wassermann : —.

Meinicke : —.

Kahn : —.

Dosage de l'urée : 0,35.

Examen des Urines :

Volume : 1.400 centimètres cubes.

Albumine : 0.

Glucose : 0,90.

Acétone : 0.

Urobiline et urobiligène : +.

Sels biliaires : 0.

RÉSUMÉ : *hyperalbuminose du liquide céphalo-rachidien ; précipitation dans le 11^e tube ; présence de glucose, d'urobiline et urobiligène dans les urines.*

2^e entrée :

Le malade entre dans le service le 23 septembre 1932, extrêmement fatigué. Température : 38°2. Il présente un état onirique typique, un tremblement généralisé de tout le corps. Il est extrêmement abattu.

Étant donné la gravité de son état, la P. L. n'est pas pratiquée.

Le 24 septembre la température monte à 39°8 et à 3 h. 25, le malade meurt.

Examen du sang, le 23 septembre 1932 :

Dosage de l'urée : 0,85.

RÉSUMÉ : *urée sanguine augmentée.*

OBSERVATION XII. — T... Bromislavo, manœuvre, 36 ans, marié.

Entre le 1^{er} juillet 1931 avec le certificat suivant de l'Infirmierie spéciale du Dépôt :

« Alcoolisme chronique. État subaigu. Obnubilation. Désorientation. Onirisme. Agitation anxieuse. Se débat contre des ennemis imaginaires. Hallucinations visuelles certaines. Fixe et désigne un coin de la chambre. Polonais, parle très mal le français. Interrogatoire impossible.

Désordre des actes, arrêts place de l'Étoile. Excentricités sur la tombe du Soldat inconnu. Congestion céphalique. Sueurs profuses. Pouls : 120. État précaire. »
(D^r HEUYER.)

Examiné le 2 juillet à son entrée à Sainte-Anne.

Malade ayant l'aspect égaré, effrayé par instants.

Désorientation complète dans le temps et dans l'espace.

Depuis 2 ans 1/2, insomnie.

Depuis 7 ans, boit quand il a de l'argent 2-3-4-5 litres de vin rouge. Travaille irrégulièrement et demande de l'argent à ses camarades pour boire, quand il n'en a plus.

Sueurs profuses. Température : 38°6.

Tremblement généralisé, très accentué aux extrémités.

Langue saburrale et trémulante.

Réflexes rotuliens et achilléens : normaux.

Pupilles égales et réagissant bien.

Foie normal, légèrement douloureux.

Réactions humérales dans le sang : négatives.

Sortie, le 17 octobre 1931.

Dosage de l'urée dans le sang, le 1^{er} juillet 1931 : 1 gr. 64.

Dosage de l'urée le 8 juillet 1931 : 0,17.

RÉSUMÉ : *urée sanguine augmentée pendant la crise.*

OBSERVATION XIII. — T... Denis, 37 ans, scieur, marié.

Le malade est amené le 4 juillet 1931 à l'Infirmierie spéciale. Le certificat suivant est rédigé :

« Alcoolisme chronique. État subaigu avec paroxysme. Terreurs nocturnes, fuites, récits de types orinique, était poursuivi par des esprits. Se serait jeté sur des passants en proférant des menaces. Pas d'amnésie actuelle. Conscience de la maladie. Sensibilité. Présentation partiellement épileptiforme. Hypertonie. Congestion intense. Obstinations. Plaies céphalique. Gros tremblement. Pouls : 104. R. O. C. : 92.104. Un frère serait épileptique. Dépaysement. Isolement. Fatigue. Permis de conduite à retirer. » (D^r DE CLÉREMBAULT.)

Le 5 juillet, le certificat immédiat attribué rédigé à l'admission porte le diagnostic suivant :

« Alcoolisme. Accidents subaigus. Renseignements confus. Hallucinations pénibles et frayeurs. Insomnie. Léger tremblement des mains. » (D^r SIMON.)

A son arrivée dans le service, le 6 juillet, le malade nous donne correctement son âge et sa date de naissance. Il est marié et père de 3 enfants. Son père est décédé à 54 ans (cirrhose du foie), sa mère est bien portante, il a une sœur également en bonne santé.

Il est entrepreneur de sciage forestier dans le Calvados.

Il y a une semaine, n'ayant plus de travail, il est venu à Paris. Il s'est promené beaucoup, a eu très soif, a bu beaucoup de bière et s'est amusé pas mal.

Il est rentré il y a 4 jours chez sa belle-sœur, chez qui il logeait et a eu des cauchemars. A 4 heures du matin, il s'est réveillé croyant voir des souteneurs dans sa chambre.

Depuis 20 ans, il a des idées bizarres. Il est voyant, c'est-à-dire qu'il voit des esprits qui se montrent à lui sous forme de personnes.

Boit 2 litres de bière par jour, 1/2 litre à 1 litre de vin blanc, l'apéritif.

Se refuse à tout examen physique. Cependant on note :
Teint subictérique. Langue saburrable.

Pupilles en myosis et réagissant.

Réflexes rotuliens et achilléens normaux.

Tremblement généralisé.

Léger tremblement des mains.

Le 7 juillet 1931 :

Parole empâtée.

Amnésie de ce qui s'est passé dans la nuit (s'est battu avec les infirmiers).

Température : 38°2.

Le 15 juillet 1931 :

Pouls faible : 120. Température : 40°6.

Réflexes rotuliens faibles.

Réflexes achilléens existent.

Agitation automatique.

Le 17 juillet 1931 .

Température : 39°.

Coma. Dyspnée de Scheyne Stokes.

Pouls rapide, faible et irrégulier.

Décès à 19 h. 50.

Examen du sang le 6 juillet 1931 :

Réactions humorales négatives dans le sang.

Dosage de l'urée : 0,88.

Examen du sang le 16 juillet :

Dosage de l'urée : 1 gr. 20.

RÉSUMÉ : *urée sanguine augmentée.*

OBSERVATION XIV. — P... Louis, 37 ans, employé, ville de Paris, marié.

Le malade est amené le 21 septembre 1931 à l'Hôpital Bichat. En raison de son état d'agitation il est transporté à l'admission à Sainte-Anne le jour même avec le certificat suivant :

« Atteint de délire furieux avec désorientation complète, profère des menaces, ôte ses vêtements, se dit persécuté. Au surplus pas de fièvre, pas de tremblement. Dangereux

pour lui-même et son entourage. Ce malade doit être transporté dans un établissement spécial. » (Dr CARRON.)

Le 22 septembre, le certificat immédiat est rédigé en ces termes :

« État d'excitation avec hallucinations et idées de persécution, exposé confus. Irritabilité. A parfois des tendances au suicide. Turbulence. Insomnie. Tremblement des mains. Fièvre. Sébilances. (Dr SIMON.)

Le malade arrive dans le service le 23 septembre.

Interrogé, le malade se présente à nous complètement désorienté dans le temps et dans l'espace. Impossibilité de fixer son attention.

Agitation motrice et intellectuelle continue.

L'examen des réflexes est rendu impossible du fait de l'agitation. La P. L. ne peut être pratiquée.

Le malade refuse de boire.

Langue saburrale et sèche.

Tremblement de tout le corps.

Sueurs. Fièvre : 38°8. Pouls rapide.

Pas de râles de congestion pulmonaire.

Le 25 septembre : la température monte à 40°2.

Le 26 septembre : chute de la température, le malade est moins confus et moins agité. Il peut répondre à un court interrogatoire.

C'est ainsi qu'il nous apprend être malade depuis une huitaine de jours. Il ne dormait plus, ne mangeait plus. Alors qu'auparavant, il dormait assez bien et avait bon appétit.

Il avoue facilement ses excès éthyliques. Il travaillait au Gaz de Paris où il devait supporter une très forte température et buvait 2 à 3 litres de vin par jour, plus 2 ou 3 apéritifs.

Le 27 septembre : la température remonte à 39°8.

Le 30 septembre : la température baisse, se maintient à 37°6 et 37°8 jusqu'au 10 octobre où elle redevient normale.

Le 17 novembre 1931 : le certificat de sortie est rédigé par le Dr MARCHAND. Le malade ne présentant plus de troubles mentaux.

Dosage de l'urée dans le sang le 24 septembre : 1 gr. 65.

RÉSUMÉ : *urée sanguine augmentée.*

OBSERVATION XV. — H... Johanne Jacob, ferblantier, 53 ans.

Le malade est envoyé le 2 mars 1932 au service de l'admission à Sainte-Anne avec le certificat suivant de la Préfecture :

« Alcoolisme chronique. État subaigu prolongé avec paroxysmes. Onirisme et terreurs nocturnes (assiégeants et intrus, poursuivi dans sa fuite par une fusillade, avait réussi néanmoins à enfermer les intrus dans son logement, avait appelé au secours, sifflé et projeté des objets). Lucidité et euphorie actuelle. Récits enjoués avec conviction absolue. Gros tremblement. Pouls : 120. R. O. C. : 120-108-120. Excès avoués. » (Dr DE CLÉREMBAULT.)

Certificat immédiat le 3 mars :

« Léger état d'excitation avec bavardage sans suite. Euphorie, gestes saccadés et tremblement. Réflexes rotuliens exagérés. Aucun souvenir, semble-t-il, des incidents mentionnés au certificat d'entrée. » (Dr SIMON.)

Interrogé le 4 mars, à son entrée dans le service, le malade nous dit correctement son nom et son âge. Il est complètement désorienté dans le temps et dans l'espace. Attention très difficile à fixer. Fuite des idées. Fausses reconnaissances. Incohérence du discours, se plaint de ne pas pouvoir dormir, mais dit ne pas avoir de cauchemars.

Léger embarras de la parole.

Tremblement de la langue qui est sèche et saburrale.

Gros tremblement de tout le corps avec prédominance aux extrémités.

Subictères aux conjonctives.

Pupilles en myosis, égales et réagissant très bien à la lumière et à l'accommodation.

Facies pâle.

Réflexes rotuliens exagérés. Pas de clonus.

Température : 38°2.

A la fin de l'interrogatoire, demande du vin blanc car il a soif et avoue ses excès éthyliques (vin blanc et apéritifs).

Le 5 mars 1932 :

État de collapsus, extrémités violacées.

Tremblement et agitation continus des membres.

Mouvements saccadés et ataxiques.

Dès qu'on le touche, les muscles se contractent et se dessinent sous la peau.

Facies pâle. Yeux excavés.

Réflexes rotuliens et achilléens très diminués.

Température : 40°2. Mort le 5 mars 1932 à 12 h. 45.

Le 5 mars 1932 :

Dosage de l'urée dans le sang : 1 gr. 13.

Réactions humorales négatives dans le sang.

RÉSUMÉ : *urée sanguine augmentée.*

OBSERVATION XVI. — A... Émile, électricien, 30 ans, célibataire.

Le malade est envoyé à l'admission le 6 avril 1932, avec le réquisitoire suivant de l'Hôpital Tenon :

« Affaiblissement global de toutes fonctions psychiques, avec désorientation, gros troubles de la mémoire et de l'attention. Agitation psycho-motrice intermittente. Délire mobile. Ces divers troubles d'ailleurs actuellement en régression, semblent relever d'une étiologie éthylique le rendant dangereux pour lui-même et son entourage et nécessitant son placement dans un établissement spécial. »
(Dr LECHELLE.)

Le certificat immédiat porte le diagnostic suivant :

Profonde confusion avec hallucinations probables, frayeurs

et cris. Réponses rares. Insomnie. Amaigrissement et gâtisme. Rougeurs dorsales. Mauvais état général. Fièvre. » (D^r SIMON.)

Examiné le 10 avril 1932 à son arrivée dans le service, le malade semble effrayé quand on l'approche. Regard fixe et hagard. Donne son nom et son âge.

Impossibilité d'obtenir d'autres réponses.

Tremblement généralisé et intense.

Langue rouge sur les bords, blanche au milieu et tremulante.

Réflexes abolis au niveau des membres inférieurs.

Mais existent aux membres supérieurs.

Pupilles en myosis, réagissant à la lumière.

Température : 38°2.

RENSEIGNEMENTS FOURNIS PAR LA SŒUR DU MALADE.

Pas de maladie de l'enfance.

Père mort à 53 ans, accidentellement, mais buvait beaucoup.

Mère internée pour psychose puerpérale (probablement après la naissance du malade), décédée 2 ans après son internement d'une congestion cérébrale).

Un frère de 28 ans, sourd et bacillaire.

Une sœur bien portante.

Le malade buvait beaucoup depuis son service militaire, du vin rouge presque toute la journée car il avait toujours soif. Alcool dans le café. Apéritif (Byrrh).

Mangeait peu depuis 10 ans et avait complètement perdu l'appétit depuis 15 jours.

Depuis 4 ans était soigné pour des coliques hépatiques.

Depuis 18 mois avait des douleurs dans les jambes. Un médecin consulté, l'a envoyé à Tenon avec le diagnostic de polynévrite. Là, a eu une forte crise de delirium tremens avec fièvre et congestion pulmonaire, est resté 13 jours à Tenon avant d'être envoyé à Sainte-Anne.

Le 14 avril 1932 :

Température : 41°. Collapsus.

Mort à 8 h. 50.

Dosage de l'urée dans le sang le 10 avril 1932 : 2 grammes.

RÉSUMÉ : *urée sanguine augmentée.*

OBSERVATION XVII. — F... Marius, 30 ans, célibataire, manutentionnaire.

Le malade est amené le 21 avril 1932 dans le service de l'admission à Sainte-Anne avec le certificat suivant de l'Hôpital Saint-Denis :

« Atteint d'une crise aiguë de delirium tremens. Peut être dangereux pour son entourage. Son état nécessite son transport d'urgence à Sainte-Anne. » (D^r SEMERIL.)

Le 22 avril le certificat immédiat porte le diagnostic suivant :

« Présente un état d'obtusion intellectuelle avec propos sans suite et cris. Agitation par intervalle et refus d'aliments. Fièvre 38°. Langue sèche. » (D^r SIMON.)

A son entrée dans le service le 23 *avril*, le malade donne exactement son état civil mais est complètement désorienté dans le temps et dans l'espace. Fausses reconnaissances. Onirisme (il croit constamment qu'on l'appelle pour aller au téléphone).

Dit qu'il est malade depuis 8 jours.

Il se plaint beaucoup de la tête.

Avoue ses excès éthyliques. Boit n'importe quoi, surtout du vin et du cognac.

Examen physique :

Tremblement près des extrémités.

Fuliginosités des lèvres.

Langue saburrale et trémulante.

Yeux injectés. Pupilles égales et réagissant bien à la lumière.

Réflexes rotuliens et achilléens normaux.

Babinski négatif.

Foie très légèrement augmenté.

Température : 40°.

Le 25 avril :

La température est redescendue à 36°9, le malade est calme mais encore confus.

D'après des renseignements fournis par son entourage, la mère du malade serait alcoolique.

Depuis 8 ans le malade travaille comme manutentionnaire dans la même maison. Il est régulier dans son travail, n'a jamais eu de maladie, sauf des embarras gastriques. Buvait beaucoup de vin ; cependant n'était jamais ivre.

Cauchemars fréquents. Il y a 15 jours, s'est levé la nuit, ne pouvant dormir, et croyait voir des camarades autour de lui.

Le 4 juin 1932 : le malade ne présentant plus de troubles mentaux sort de l'Asile.

Examen du sang, le 24 avril 1932 :

Dosage de l'urée : 1 gr. 50.

Réactions humorales négatives.

Examen des urines, le 24 avril 1932 :

Albumine : traces.

RÉSUMÉ : *urée sanguine augmentée ; présence d'albumine dans les urines.*

OBSERVATION XVIII. — B... Henri, journaliste, 44 ans, divorcé.

Conduit le 4 juillet 1932 à l'Infirmerie spéciale, le certificat suivant est rédigé :

« Subexcitation psychique. Expansion. Sourires. Euphorie niaise (on a été charmant avec lui au commissariat de police ; sa femme a un cœur dont on ne connaît pas les limites ; son logeur se ferait tuer pour lui). Il se porte trop bien « il a trop de nerfs pour son poids ». Peut-être onirisme. Visions sur les murs. Chanteurs dans les pièces à

côté. Mémoire et orientation assez bonnes. Dysarthrie par intervalles. Gros tremblement des doigts. Pupilles et réflexes tendineux semblant normaux. Conduit à l'Infirmierie sur la demande de son logeur. S'est sans doute agité.»
(D^r LOGRE.)

Le 6 juillet le certificat immédiat est ainsi conçu :

« Alcoolisme avec mélange d'hallucinations pénibles et d'euphorie. Turbulence et frayeurs. Insomnie. Gros tremblement et troubles de la parole simulant les accroc's de la P. G. Réactions négatives du liquide céphalo-rachidien.»
(D^r SIMON.)

A son arrivée dans le service le 7 juillet 1932, le malade nous donne exactement son état civil. Il est bien orienté dans l'espace mais mal dans le temps. Son attention est très difficile à fixer. Cependant, il nous apprend qu'il est rédacteur d'un grand hebdomadaire. Il est ancien élève de l'Ecole du Louvre et licencié ès lettres. Ne peut parvenir à faire un calcul simple. Avoue ses accès éthyliques depuis la fin de la guerre (2 litres de vin par jour, 2 apéritifs : vermouth, cressonée, Pernod).

Cette nuit il s'est battu avec un animal bizarre qui avait 3 têtes, 28 tentacules et qu'il a tué après 3 h. 20 de lutte.

Fatigue extrême ; s'endort au cours de l'examen.

Température : 38°.

Examen physique :

Contusions multiples. Tremblement.

Amaigrissement.

Teint subictérique. Conjonctives injectées.

Pupilles égales et réagissant à la lumière.

Lèvres fuligineuses.

Langue saburrale et trémulante.

Reflexes rotuliens et achilléens un peu vifs.

Babinski négatif.

Sensibilité douloureuse très diminuée, aux membres inférieurs.

Foie légèrement hypertrophié, dépasse les fausses côtes d'un travers de doigt.

Renseignements fournis par son médecin en ville :

Depuis 2 ou 3 mois a des périodes de délire intermittent.

A commencé à boire en 1919.

Tremblement, troubles affectifs depuis quelques jours.

Délire nocturne. Quatre jours avant son transfert à l'Infirmierie spéciale, s'est levé dans l'hôtel où il logeait. Est resté en pyjama dans le couloir en disant qu'il devait mourir.

Le 7 juillet :

Ponction lombaire :

Albumine 0,30.

Pandy : 0 ;

Weichbrodt : 0.

Leuco. : 0,2.

Benjoin : 00000. 22210. 00000.

Elixir parégorique : 00.0.

B. W. : négatif.

Meinicke : négatif.

Sang :

Réactions humorales dans le sang négatives.

Dosage de l'urée dans le sang, le 7 juillet : 0,85.

Dosage de l'urée dans le sang, le 11 juillet : 0,30.

(A ce moment-là la crise est terminée.)

RÉSUMÉ : *urée sanguine augmentée pendant la crise.*

OBSERVATION XIX. — R... Gustave, peintre en bâtiment, 61 ans, marié.

Le malade entre à l'admission le 18 juillet 1932 avec le certificat suivant de l'Infirmierie spéciale :

« Onirisme. Anxiété. Peurs (on va l'exécuter). Visions. Travaille dans sa chambre. Tremblement diffus. Dysarthrie trémulante. Pâleur. Fatigue générale. Pouls : 80. Probablement éthyliste subaigu. Vient de Nanterre où il s'est agité. » (D^r LOGRE.)

Le 18 juillet, le certificat immédiat porte le diagnostic suivant :

« Alcoolisme chronique, avec accidents subaigus. Scènes oniriques pénibles. Frayeurs. Insomnie. Tremblement des mains. » (Dr SIMON.)

A son arrivée dans le service le 19 juillet, le malade est très bien orienté dans le temps et dans l'espace. Pas de fausses reconnaissances. Pas de fabulation. Nous dit être entré à Nanterre le 12 juillet où il fut mis en observation. Ne peut dire dans quelles circonstances il fut conduit à l'Infirmerie Spéciale du Dépôt.

Actuellement, se souvient que quelques jours avant son entrée à l'hospice de Nanterre, il avait eu peur chez lui pendant la nuit. Il était sorti de son lit et s'était précipité dans l'escalier pensant être poursuivi par des voleurs.

Etant à l'Hôpital de Nanterre a eu plusieurs crises d'anxiété : croyait qu'il travaillait avec des juifs et qui n'étant juif, ceux-ci allaient l'exécuter.

Depuis quelque temps déjà avait des insomnies, la nuit faisait des rêves professionnels, mais pas de zoopsie.

Ne semble pas avoir d'affaiblissement intellectuel. Rien à signaler dans ses antécédents personnels et familiaux. Mais a toujours bu 3 litres de vin au minimum, chaque jour, café avec kirsch et calvados, quelques apéritifs de temps en temps.

A exercé son métier de peintre en bâtiments jusqu'à son entrée à l'hôpital de Nanterre, a toujours travaillé dans la céruse, n'a jamais eu de coliques de plomb. Cependant, liseré de Burton assez marqué.

L'examen physique nous fournit les renseignements suivants.

Conjonctives subictériques. Pâleur de la face.

Pupilles réagissent à la lumière et à l'accommodation D. > G.

Langue légèrement saburrale et trémulante.

Moiteur et tremblement de tout le corps avec prédominance aux extrémités.

Reflexes tendineux vifs.

Signe de Babinski en flexion.

Pouls bondissant.

Tension artérielle (Vaquez) : max. : 20 : min. : 9.

Pas de température.

Le 4 septembre 1931 : le malade ne présente plus de troubles mentaux. Son certificat de sortie est rédigé.

Le 21 juillet :

Sang. Dosage de l'urée dans le sang : 0, 44.

Réactions humorales dans le sang : positives.

Liquide céphalo rachidien :

Albumine : 0, 28.

Globulines : R. Pandy 0 ; R. Weichbrodt : 0.

Leuco : 7 par mm³.

Réaction du benjoin : 00000. 21100. 00000.

Elixir parégorique : 0.

B. W. : négatif.

Meinicke : négatif.

RÉSUMÉ : *réactions dans le sang positives ; urée sanguine augmentée.*

OBSERVATION XX. — L... Auguste, retraité des Chemins de fer, 51 ans, marié.

Entré le 12 août 1932 à l'Infirmierie spéciale et le 14 août dans le service.

Alcoolique chronique. Boit depuis longtemps 3 à 4 litres de vin rouge par jour, de temps en temps, un apéritif.

A son entrée dans le service :

Désorientation complète dans le temps et dans l'espace.

Confusion complète des idées. Fausses reconnaissances.

Agitation désordonnée (rendant impossible la P. L.).

Onirisme : hallucinations visuelles et auditives.

Examen physique :

Sueurs profuses.

Tremblement généralisé.

Amaigrissement.

Teint plombé.

Conjonctives subictériques et injectées.

Langue saburrales et trémulante.

Réflexes rotuliens vifs.

Pupilles égales, réagissent bien à la lumière et à l'acomodation.

Légère congestion des bases.

Cœur arythmique. Pouls : 100.

Température : 39°2.

Le 15 août, température : 39°.

Le 16 août : température : 37°9.

Le 17 août : température : 37°2.

Dosage de l'urée dans le sang le 14 août 1932 : 0,68

Dosage de l'urée dans le sang le 16 août 1932 : 0,47

(après la chute de la température).

RÉSUMÉ : urée sanguine augmentée.

OBSERVATION XXI. — V... Emile, 51 ans, marié, magasinier.

Le malade est amené, par sa femme, en consultation à Henri Rousselle, pour la première fois le 27 août 1932. Il y est admis. Ne travaille plus depuis 8 mois et boit depuis qu'il est chômeur, 2 à 3 litres de vin blanc par jour. Est allé à Laënnec, il y a 3 semaines pour consulter. Amaigrissement, perte de l'appétit. Depuis 5 jours « perd la raison ». Fugue. N'a pas reconnu sa femme.

Désorientation absolue dans le temps et dans l'espace. Perte complète de la mémoire. Attention extrêmement touchée. Aurait eu la veille une crise épileptoïde.

Tremblement généralisé considérable. Sueur. Très mauvais état général. Congestion des deux bases. Température : 40°. Gâtisme.

Le malade meurt le 3 septembre 1932.

A l'autopsie on constate à la base des 2 poumons, du tissu blanc grisâtre avec petites cavités renfermant du pus. De chaque côté, un morceau de poumon prélevé, mis dans l'eau ne surnage pas.

Hémoculture le 27 août : négative.

Ponction lombaire, le 31 août 1932.

Tension (assis) : 10-8.

Albumine : 0, 40.

Globulines : Pandy : 0 ; Weichbrodt : 0.

Leuco : 0, 2.

R. de benjoin : 00000. 12222. 00000.

Elixir parégorique : 00.0.

B. W. : —.

Meinicke. —.

Sang :

B. W. : —.

Meinicke. —.

Kahn. —.

Dosage urée : 0, 43.

RÉSUMÉ : *hyperalbuminose du liquide céphalo rachidien ; urée sanguine augmentée.*

CONCLUSIONS

Il ressort de notre étude :

1^o Que la crise de delirium tremens n'apparaît que chez l'alcoolique chronique. Un individu habituellement sobre ne fait pas une crise de delirium tremens sous l'absorption accidentelle d'une quantité exagérée d'alcool, il fait un accès d'ivresse délirante après lequel on ne constate pas les signes d'alcoolisme chronique.

2^o Au cours de nos dosages chez les différents malades de notre service atteints de delirium tremens, nous avons constaté les faits suivants :

A. *Dans le sang :*

Il existe dans le sang, pendant l'accès de delirium tremens, un état de rétention dans l'organisme, comme au cours des maladies infectieuses aiguës (ACHARD et LEBLANC). Cette rétention nous a surtout semblé nette pour l'urée. Au début de la crise de delirium, alors que les troubles mentaux sont encore peu accusés, le taux de l'urée dans le sang est parfois normal, c'est-à-dire voisin de 0 gr. 40 ^o/₁₀₀, le plus souvent légèrement supérieur à ce chiffre. Le taux de l'urée

semble alors suivre l'évolution de l'accès de delirium, le taux maximum de l'urée correspond en général à l'acmé de la crise ; puis, dans les cas curables, on voit le taux de l'urée descendre progressivement, en parallélisme avec la disparition des troubles mentaux. Dans certains cas, l'urée redevient brusquement normale, en l'espace de très peu de temps et suit la disparition des signes cliniques délirants et de la fièvre. Chez certains autres malades la diminution de l'urée se fait progressivement après la guérison de l'accès et peut mettre quelques jours pour revenir au taux normal. De plus dans les quelques cas mortels que nous avons pu étudier, nous avons remarqué des taux d'urée très élevés (2 gr. et même 3 gr. 75). Cependant, il ne semble pas que l'on puisse tirer aucune valeur pronostique de ces chiffres, car dans certains cas mortels à évolution très rapide ils se sont montrés relativement peu augmentés.

Le taux de l'azote résiduel dans les dosages que nous avons effectués se sont toujours montrés peu différents des limites de la normale ; celle-ci étant de 0 gr. 08 et 0 gr. 12 pour Noël FIESSINGER. En effet, sur 10 dosages, nous avons trouvé dans 5 cas l'azote résiduel compris entre 0 gr. 08 et 0 gr. 12 ; dans les 5 autres cas, nous l'avons trouvé oscillant entre 0 gr. 13 et 0 gr. 16. Il semble ainsi que dans les cas où nous avons observé une légère augmentation de l'azote résiduel, celle-ci ne soit pas en rapport avec le taux très élevé de l'urée : azote résiduel : 0 gr. 16 pour une urée de 1, 76.

Le rapport azotémique normal étant en moyenne de 80 %, nous avons trouvé dans 8 de nos cas de delirium tremens des chiffres oscillant entre 68 % et 76 % ; dans les 2 autres cas nous avons trouvé respectivement 59 % et 83 %. Ces résultats sembleraient donc nous indiquer une faible diminution du rapport azotémique au cours de la crise.

Les taux normaux du chlore dans le sang total étant compris entre 2 gr. 60 et 2 gr. 80 et dans le sérum entre 3 gr. 55 et 3 gr. 70, nous avons constaté, au cours de nos dosages, effectués dans 9 cas de delirium tremens : 2 cas de diminution nette (sérum : 3 gr. 44 et 3 gr. 49, sang total : 2 gr. 51 et 2 gr. 52) et 1 cas d'augmentation (sérum : 3 gr. 85, sang total : 2 gr. 95). Dans les 6 autres cas nous avons trouvé une diminution du taux du chlore dans le sérum coïncidant avec un taux normal dans le sang total ou une très légère augmentation de ce dernier taux.

Il ne nous semble donc pas que l'on puisse tenir compte de ces petites variations, le taux de la chlorémie paraissant remarquablement stable comparativement au taux de l'urée dans le sang.

Le pH sanguin normal étant compris entre 7, 30 et 7, 40 nous l'avons trouvé augmenté 8 fois (chiffres oscillant entre 7, 42 et 7, 55). Dans les 2 autres cas le taux était normal.

Quant à la réserve alcaline, les taux normaux étant compris entre 53 et 77, nous avons toujours trouvé des chiffres compris entre ces limites (nos taux extrêmes étant 56, 07 et 67, 83). Il nous a donc semblé

pouvoir dire que, dans le cas de delirium tremens, l'équilibre acido-basique ne nous a pas paru notablement perturbé.

Sur 25 cas examinés, nous avons trouvé 2 cas de réactions positives dans le sang, il s'agit vraisemblablement de syphilitiques alcooliques.

B. *Dans les urines*, les dosages ont été très difficiles à pratiquer, étant donné la difficulté que nous avons eue à recueillir les urines de ces malades, le plus souvent incontinents pendant la crise de delirium. Nous pouvons dire qu'en général les urines sont foncées et peu abondantes. Quant aux taux de l'urée, il est variable : tantôt il est compris entre 10 gr. et 15 gr. ; tantôt la concentration est plus forte et les taux sont compris entre 15 gr. et 20 gr. ; dans 1 cas nous avons même obtenu 42 gr. Il est à noter que même dans les cas où l'urée du sang est fortement augmentée, l'urée des urines, non seulement ne présente pas d'augmentation, mais semble normale.

Le rapport azoturique normal étant de 84 %, nous l'avons trouvé diminué dans 5 cas (chiffres compris entre 63 et 80 %) et augmenté dans 2 cas (85 et 90 %). Nous pouvons donc conclure de ces résultats, qu'en général, dans le delirium tremens, le rapport azoturique est diminué.

Nous n'avons noté ni glycosurie, ni albuminurie, ni acétonurie, sauf cependant dans un cas, sur 32 cas examinés, où nous avons trouvé des traces d'albumine et dans un autre du glucose en petite quantité. Par contre, nous avons assez fréquemment

trouvée de l'urobiline, de l'urobiligène et des pigments biliaires.

C. *Dans le liquide céphalo-rachidien* des alcooliques aigus ou subaigus, nous avons pu relever une légère albuminose (0 gr. 32-0 gr. 45). dans 4 cas sur 10 cas examinés. Le taux des éléments cellulaires peut être également augmenté, mais toujours de façon minime (3 à 5 lymphocytes), nous l'avons constaté dans 3 cas sur 10 cas examinés.

La réaction des globulines (PANDY, WEICHBRODT) a toujours été négative.

La réaction du benjoin n'offre pas de modifications importantes. Peut-être, la précipitation complète dans les 5 tubes du milieu (réaction à 15 tubes) est-elle un peu plus fréquente qu'à l'habitude. L'extension de la courbe de précipitation dans la zone méningitique (à partir du 11^e tube) a été observée dans quelques cas. Nous pouvons penser d'accord avec notre Maître le Dr MARCHAND que cette extension de la précipitation dans le 11^e tube est en rapport avec les lésions de méningite chronique fréquente chez les vieux buveurs.

Les réactions de la syphilis dans le liquide céphalo-rachidien se sont toujours montrées négatives.

Enfin, nous devons rappeler un cas de delirium tremens mortel dans lequel nous avons observé un liquide céphalo-rachidien xanthochromique, signature d'une encéphalite hémorragique au cours d'une crise d'alcoolisme aigu (diagnostic vérifié à la nécropsie).

TROISIÈME PARTIE

L'ALCOOLISME CHRONIQUE

CHAPITRE PREMIER

Etude de l'élimination du rose Bengale

OBSERVATION I. — Se rapporter à l'observation I (deuxième partie, chapitre I). *Epreuve du Rose bengale, le 15 mars* : 10 (le malade étant guéri de son accès aigu).

OBSERVATION II. — L... Emile, journalier, 58 ans, célibataire.

Est amené à l'Infirmierie spéciale du Dépôt avec le certificat suivant, le 24 janvier 1933.

« Etylisme chronique. Alcoolisme subaigu. Onirisme. Retourne son matelas, cherche, affaiblement désordonné. Vague anxiété, un certain degré d'euphorie par intervalles. Dysarthrie trémulante. Sueurs profuses. Pouls : 128. Congestion céphalique. Teint plombé. Etat précaire. Unijambiste. Voulait se jeter en chemise par la fenêtre » (D^r LOGRE.)

Le 25 janvier arrive à l'admission. Le certificat immédiat est ainsi rédigé.

« Alcoolisme avec accidents subaigus. Confusion extrême. Agitation, insomnie, gros tremblement. 38°3. » (D^r SIMON.)

Certificat de quinzaine :

« Delirium tremens. Agitation violente. Fièvre en voie de décroissance. » (D^r MARCHAND.)

A son entrée dans le service le 25 janvier 1933, malade désorienté dans le temps et dans l'espace.

Attention extrêmement difficile à fixer. Fuite des idées. Incohérence du discours. Onirisme actif. Tremblement généralisé de tout le corps. Sueurs profuses. Visage vul-
tueux. Subictère des conjonctives.

Lèvres fuligineuses. Langue saburrale et trémulante.

Dysarthrie, voix nasonnée.

Pupilles égales et réagissant bien.

Réflexes rotuliens ne semblent pas exister.

Réflexe achilléen très faible à gauche.

Foie douloureux et petit.

Température : 38°6. Pouls : 86.

Dans ses antécédents familiaux, on note : père étylique, mort à 58 ans; et un frère mort à 32 ans d'une cirrhose du foie.

Dans ses antécédents personnels, on note : à l'âge de 7 ans une méningite avec convulsions. A la suite de cette affection, il est resté longtemps avec les doigts des deux mains en flexion légère et une certaine difficulté de la parole. Il est allé à l'école, n'a jamais eu son certificat d'études et a appris à lire seul à 18 ans.

10 février :

Chute de la température.

Tremblement encore accusé des membres inférieurs.

Réflexes patellaires et achilléens très faibles.

Dosage de l'urée dans le sang, le 25 janvier 1933 :

1 gr. 04 par la méthode de l'hypobomite.

0 gr. 91 par la méthode au xanthidrol.

Dosage de l'urée dans le sang, le 10 février 1933 : 0 gr. 26.

Ponction lombaire, le 26 janvier 1933 :

Tension assis : 80, 30.

Albumine : 0, 20.

Globulines : R. Pandy : 0 ; R. Weichbrodt : 0.

Leuco : 0, 2.

R. du benjoin : 00000. 22221. 00000.

Elixir parégorique : 00. 0.

B. W. : négatif.

R. de Meinicke : négatif.

Examen des urines, 26 janvier 1933 :

Urée : 14, 17.

Albumine : 0.

Sucre : 0.

Pigments biliaires : traces.

Urobiline et uroigilène : +.

Réactions humorales du sang : négatives.

Examen des urines, le 16 mars 1933 :

Albumine : 0.

Sucre : 0.

Urobiline : traces :

Urobiligène : ++.

Pigments biliaires : 0.

Epreuve du rose bengale le 16 mars : 9.

OBSERVATION III. — C... Jean Marie, 27 ans, manœuvre, célibataire.

Le malade est amené à l'Infirmierie spéciale du Dépôt, le 12 avril 1933. Le certificat est ainsi rédigé :

« Alcoolisme sur fond de débilité mentale. Subconfusion. Incapacité de s'expliquer clairement. Mélange d'événements divers (maladies, visite de son frère, courses en taxi). Hallucinations auditives (on parlait de lui dans un poste de police). Onirisme nocturne avec agitation, chants, accès de frayeur. Soigné il y a un mois à Lariboisière où il avait été conduit par Police secours. Idées de persécution (le contre-

maître et les camarades se moquent de lui, l'insultent). Humeur instable. Tendance à l'irritation. Alcoolisme avoué. Ses camarades sont jaloux de lui parce qu'il supporte la boisson mieux que les autres. Tremblement accentué de la langue. Pouls : 96. Vomissements matinaux.

Le 13 avril, le malade entre dans le service de l'admission à Sainte-Anne. Un certificat immédiat est rédigé en ces termes :

«Débilité mentale et alcoolisme. Idées de persécution et irritabilité. Accès subaigu récent d'après les renseignements qu'il fournit. Tremblement des mains. » (Dr SIMON.)

Examiné le 14 avril, à son arrivée dans le service, nous nous trouvons en présence d'un homme de constitution robuste, au facies montrant une débilité mentale évidente.

Il semble bien orienté dans le temps et dans l'espace. Il nous apprend qu'il exerce le métier de livreur de charbon. Il a quitté la Bretagne il y a 10 ans pour venir à Paris. Il avoue facilement ses excès éthyliques déjà anciens, d'autant plus facilement que son père et sa mère sont des alcooliques avérés.

Avant son départ au régiment il a eu 3 condamnations pour des vols et pour un incendie qu'il avait accomplis au cours d'un accès d'ivresse. Il a fait un an de service militaire dans les bataillons d'Afrique.

Le malade s'enivrait régulièrement le samedi et le dimanche. Buvait depuis 10 ans du vin rouge et blanc, des apéritifs et tous les matins à jeun, du café arrosé.

Depuis plusieurs mois croit que les gens se moquent de lui ; ses camarades lui en veulent parce qu'il peut boire beaucoup.

Il a des insomnies, cauchemars nocturnes (zoopsie). céphalée fréquente. Pituïtes matinales. Saignement de nez.

A l'examen physique, on constate :
Subictère des conjonctives.

Langue saburrale et trémulante.

Pupilles égales et réagissant normalement à la lumière et à l'accommodation.

Tremblement près des extrémités.

Foie gros, débordant les fausses côtes de 2 travers de doigt mais non douloureux.

Réflexes rotuliens et achilléens vifs.

Température : 37°4.

Examen des urines. le 27 avril :

Sucre : 0.

Albimune : 0.

Urobiline : 0.

Urobiligène : +.

Pigments biliaires : 0.

Epreuve du rose bengale : 6.

OBSERVATION IV. — V..., 58 ans, sans profession, marié.

Le malade est hospitalisé le 30 juin 1932 à l'Hôpital Lariboisière ; en raison de son état d'agitation le médecin du service rédige le certificat d'internement :

« Alcoolisme chronique avec accidents aigus, delirium tremens, crises épileptiformes, morsure de la langue. Crises furieuses avec menaces de mort contre sa femme. Déjà interné deux fois pour les mêmes accidents. L'état habituel du malade est fait d'inactivité totale, refus de travailler, menaces constantes contre l'entourage, vols d'argent à sa femme, dettes répétées. Dangereux pour lui et pour la sécurité du personnel. Doit être interné d'office. » (D^r ROBIN).

Le malade est admis le 1^{er} juillet à Sainte-Anne, puis il est transféré à Ville Evrard le 4 juillet 1932. Il s'en évade le 23 février 1933, il est arrêté le 24 février et immédiatement dirigé sur l'Infirmierie spéciale du Dépôt.

Le certificat est ainsi rédigé :

« Alcoolique chronique. Troubles de l'humeur et du caractère. Etat subaigu par intervalles. Elément comitial.

Ictère à l'Asile. Interné 3 fois pour alcoolisme chronique, état subaigu. Irritabilité agressive et brutale.

Ici, sensiblerie vague, dépression, parle de se tuer. S'est évadé de Ville-Evrard, hier. Est rentré aussitôt à son domicile déclarant ne pouvoir rester loin de sa femme. Lors de ses précédents retours chez lui, s'était rapidement réintoxiqué et était devenu menaçant et violent envers sa femme. » (D^r LOGRE.)

Le 25 février, le malade entre dans le service à Sainte-Anne.

Il est bien orienté dans le temps et dans l'espace.

Semble se souvenir assez bien de ses internements précédents.

Présente cependant un certain déficit intellectuel, jugement affaibli, inconscience de son état.

Trouble de l'humeur, suggestibilité, passe très facilement d'un état affectif gai à un état affectif triste.

Dit qu'il aurait voulu mourir plutôt que de se voir remis à l'Asile.

Avoue ses excès éthyliques, remontant à une dizaine d'années. Buvait surtout du vin rouge, 3 litres par jour, du rhum dans le café et souvent deux verres de vin blanc le matin à jeun.

L'examen physique nous permet d'observer :

Du subictère des conjonctives.

Des pupilles égales et réagissant bien.

Des pommettes vultueuses avec des varicosités.

Une langue saburrale et trémulante.

Tremblement près des extrémités.

Réflexes rotuliens très vifs.

Foie petit et douloureux.

Pas de crampes dans les jambes.

Examen des urines, le 27 février 1933 :

Sucre : 0.

Albumine : 0.

Urobiline : 0.

Urobiligène : +.

Pigments biliaires : 0.

Le 27 février 1933 : épreuve du rose Bengale : 7.

OBSERVATION V. — R... André, 31 ans, cuisinier, marié.

Le malade est amené le 10 avril 1933 à l'Infirmierie spéciale du Dépôt. Le certificat est rédigé en ces termes :

« Alcoolisme subaigu. Agitation. Onirisme. Zoopsie. Se sent poursuivi. Préoccupations professionnelles. Amnésie. Sueurs profuses. Tachycardie. Tremblement généralisé. Pas d'hyperalgie musculaire. A évacuer d'urgence. »
(D^r MICHAUX.)

Le 11 avril, le malade est admis à Sainte-Anne avec le diagnostic :

Alcoolisme avec accidents subaigus. Hallucinations pénibles. Zoopsie. Frayeurs. Insomnie. Tremblement généralisé. 38°5. (D^r SIMON.)

Il entre dans le service le 12 avril.

C'est un homme pâle, amaigri aux pommettes rouges.

Il est maintenu au lit, camisolé. Présente des sueurs profuses sur tout le corps et principalement au niveau du visage.

Est bien orienté dans le temps mais très mal orienté dans l'espace. Se croit ici chez lui, et prend la camisole de force pour son costume habituel.

Onirisme. Préoccupations professionnelles : il doit se presser pour porter son livre de compte à sa patronne pour 5 heures, sa fille l'attend en bas.

Hallucinations auditives et visuelles.

Avoue ses excès éthyliques : boit depuis de longues années (1925 environ) 2 à 3 litres de vin rouge par jour et prend chaque matin un café arrosé. Prend 3 à 4 apéritifs dans la journée.

A l'examen on note, outre les sueurs profuses, un tremblement généralisé.

Subictère des conjonctives. Langue saburrale et trémulante. Réflexes rotuliens et achilléens faibles.

Foie petit et douloureux. Température : 38°6.

D'après les renseignements fournis par la femme du malade, il s'agit d'un alcoolique chronique. Il boit depuis 1925. Caractère impulsif, très méchant quand il était ivre.

Depuis un an dormait très mal la nuit, avait des cauchemars (zoopsie). Le matin il se plaignait de brûlures d'estomac et avait des pituites.

Depuis un mois ne mangeait presque plus mais buvait beaucoup et était en proie à un tremblement continu.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents personnels. Dans ses antécédents familiaux : père mort alcoolique.

Examiné le 19 avril 1933.

Malade bien orienté dans le temps et dans l'espace.

Se rend bien compte de son état mais garde un souvenir imparfait de sa crise d'alcoolisme aigu.

Depuis 3 jours la température est redevenue normale.

Persistance du tremblement des doigts, du subictère et de l'état saburral des voies digestives.

Réflexes rotuliens encore faibles.

Le 23 avril :

Réflexes rotuliens normaux.

Le subictère persiste.

Le foie semble toujours aussi douloureux.

Le 23 avril 1933 :

Examen des urines :

Sucre : 0.

Sucre : 0.

Urobiline : 0.

Urobiligène : ++.

Pigments biliaires : traces.

Epreuve du rose bengale : 6.

OBSERVATION VI. — S... G... Auguste, épicier, 51 ans, marié.

Le malade est amené à l'Infirmierie spéciale du Dépôt le 6 janvier 1933.

Un certificat est rédigé en ces termes :

« Alcoolisme chronique. Accès aigu. Confusion actuelle. Agitation sans idée précise. Alternances d'attention et d'indocilité. Insomnie avec onirisme. Anxiété et panophobie.

Menaçant les agents d'un couteau, s'est barricadé, puis a sauté par une fenêtre.

Plaie au front. Tremblement considérable. Hésitation de la parole. Myosis avec réaction. Lividité. Sueur. Pouls : 120. » (D^r DE CLÉREMBAULT.)

Le 7 janvier 1933, le malade est admis à Sainte-Anne.

Le D^r SIMON rédige le certificat suivant :

« Alcoolisme avec confusion extrême dans les idées. Turbulence. Insomnie. Tremblement des mains. 39°. »

Aurait sauté par une fenêtre avec lutte avec les agents d'après le certificat l'accompagnant. Plaies confuses de la face, notamment au front, forte contusion au pouce gauche.

Le 8 janvier, le malade entre dans le service.

L'examen révèle : une confusion complète des idées.

Désorientation totale dans le temps et dans l'espace.

Propos incohérents. Agitation motrice.

Cependant la P. L. peut-être pratiquée.

Nombreuses contusions et plaie au niveau du sourcil droit, nécessitant 3 agrafes.

Température : 39°8.

Sueurs profuses. Gros tremblement de tout le corps.

Teint terreux. Lèvres fuligineuses.

Langue sabburale mais humide.

Pupilles en myosis, mais réflexes à la lumière et à l'accommodation conservés.

Réflexes tendineux normaux.

Pas de signe de Babinsky.

Réflexes crémasteriens existent.

Réflexes cutanés abdominaux semblent abolis.

Foie petit et douloureux.

Le malade dit qu'il a doif et demande de la bière.

Le 10 janvier :

Le malade est un peu moins confus. La température est descendue à 37°8. On arrive à fixer son attention en répétant plusieurs fois les questions. Ainsi il nous apprend qu'il est marié et a un garçon de 22 ans.

Il se croit ici dans une infirmerie spéciale, parce qu'il avait beaucoup bu et s'était un peu fatigué.

Il est à l'hôpital depuis 3 jours et sait exactement la date du jour où nous sommes : « le lundi 10 janvier 1933 ».

Se souvient s'être battu avec son fils, être tombé et s'être fait une plaie au front.

Ne se rappelle pas être passé par l'infirmerie spéciale du dépôt. Croit être venu directement de chez lui ici.

C'est la première fois qu'il vient à l'hôpital mais a déjà été soigné chez lui, il y a 4 ans pour une crise semblable.

Il est marchand de vins et épicier en gros et avoue ses excès éthyliques. Il boit surtout depuis 1918. Environ 3 litres de vin par jour (au minimum d'après son fils) Quelques petits verres de Muscat, de Porto, du champagne, mais jamais d'alcool).

Il y a 12 jours le malade a eu la grippe, il est resté 4 jours au lit avec de la fièvre et a bu 4 à 5 grogs au rhum chaque jour. Il était levé depuis 3 ou 4 jours avant d'avoir cette crise pour laquelle on l'a amené ici.

Illusion de fausses reconnaissances : croit avoir déjà vu le docteur et les internes chez lui.

Ne semble pas avoir eu beaucoup de cauchemars, cependant depuis quelque temps avait de l'insomnie.

Pas de céphalée.

Pas de crampes dans les jambes.

Quelques pituites le matin, depuis un an environ.

Souffre depuis longtemps d'une douleur au niveau du foie.

Les réactions humérales sont négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Le 11 janvier :

Le malade a dormi 8 heures dans la nuit du 10 au 11 janvier. Mais, ce matin est de nouveau agité et confus et la température s'élève à 39°5.

Le 18 janvier :

La température est revenue à la normale.

Le malade recupère petit à petit ses facultés.

Le 13 mars 1933 :

Le malade ne présente plus de troubles mentaux et est rendu à sa famille.

Le 1^{er} mars :

Examen des urines :

Albumine : traces indosables.

Albumine : 0.

Urobiline : 0.

Urobiligène :

Pigments biliaires : .

Epreuve du rose Bengale : .

OBSERVATION VII. — Se rapporter à l'Observation VII (deuxième partie, chapitre 1) 3 avril 1933, *Epreuve du rose bengale* : 6 (le malade étant guéri de son accès aigu).

OBSERVATION VIII. — O... Clovis, rentier, marié, 57 ans.

Le malade est amené le 10 mars 1933 à l'Infirmierie spéciale. Le certificat est rédigé en ces termes :

« Alcoolisme chronique. Ivresses fréquentes. Troubles de l'humeur et du caractère. Colères. Violences envers sa femme. On a constaté sur celle-ci une tuméfaction de l'œil gauche et des traces de strangulation. Dénigrations partielles. Explications humoristiques. Raconte comme sa

femme et lui concourent à qui boira le plus, se battent pour avoir le fond de la bouteille, boivent tout d'une traite une chopine (pour ne pas être aperçu de l'autre). A écrit au Commissaire de police une lettre disant « qu'il veut se détruire en emmenant avec lui celle qui a été son calvaire pendant 32 ans ».

Signes nets d'imprégnation. Visage rouge, moiteur, tremblement intense. Gros foie. (D^r LOGRE.)

Le 11 mars, le certificat immédiat, rédigé dans le service de l'admission à Sainte-Anne, porte le diagnostic suivant :

Alcoolisme avec troubles du caractère. Disputes fréquentes avec son entourage. Sensiblerie. Gros tremblement des mains. Sibilance. (D^r SIMON.)

A son arrivée dans le service le 12 mars 1933, le malade est bien orienté dans le temps et dans l'espace.

Jusqu'en 1927 était employé au gaz, puis a pris sa retraite et a travaillé ensuite comme manœuvre. Depuis 4 ans ne fait plus rien.

D'après les renseignements fournis par son entourage, pas d'antécédents familiaux et personnels. Le malade aurait toujours bu mais depuis août 1932, il gardait tout l'argent de sa pension (7.000 fr.) pour s'enivrer. Il buvait continuellement (vin rouge, Banuyls, champagne, rhum). Se cachait pour cela. Menaçait continuellement sa femme, était extrêmement violent et jaloux. Insomnie et cauchemars depuis un an (zoopsie). Céphalées fréquentes.

A l'examen physique :

Le malade présente un teint subictérique.

Les conjonctives sont légèrement injectées.

Les pommettes sont variqueuses.

La langue est saburrale et trémulante.

On remarque une moiteur généralisée de tout le corps et quelques gouttes de sueur sur le front.

Les pupilles sont en léger myosis et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Tremblement fin des extrémités.

Réflexes rotuliens et achilléens plutôt vifs.

Foie gros débordant les fausses côtes de 2 travers de doigt non douloureux.

Le malade n'a jamais eu ni pituite, ni saignement de nez. ni crampes dans les jambes.

Réactions humorales : négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Température : 37°8 le matin, puis revient progressivement à la normale le 21 mars 1933.

Examen des urines, le 27 avril 1933.

Albumine : traces légères, indosables.

Sucre : 0.

Urobiline : 0.

Urobiligène : +

Pigments biliaires : 0.

Epreuve du rose bengale : 7

OBSERVATION IX. — Se rapporter à l'Observation IX (deuxième partie, chapitre τ).

3 avril 1933 : *Epreuve du rose bengale : 7* (le malade étant guéri de son accès aigu).

OBSERVATION X. — A... Pierre, 39 ans, restaurateur, marié.

Le 5 février 1933 le malade est amené à l'Infirmierie spéciale de Dépôt.

Alcoolisme chronique. Traité à Sainte-Anne du 24 septembre au 18 décembre 1932. A sa sortie a repris ses habitudes d'intempérance. Scènes violentes, défonce chez lui une porte. Menace de mort sa femme et ses enfants. Bien orienté. Pouls ; 180. Hyperalgie musculaire. Tremblement. Réflexes normaux.

Doit reprendre sa cure de désintoxication. (D^r MICHAUX.)

Le 6 février : certificat immédiat rédigé à l'admission à Sainte-Anne :

Alcoolisme avec excitation passagère à la suite de nouveaux excès. Sortie récente. (D^r SIMON.)

A son arrivée dans le service le 7 février 1933 nous nous trouvons en présence d'un homme de constitution robuste. On note un teint subictérique, les conjonctives sont injectées, les lèvres sont animées de légers mouvements myocloniques.

Le malade se prête avec docilité à l'interrogatoire. Il est bien orienté dans le temps et dans l'espace et se rappelle exactement les faits qui ont motivé son deuxième internement.

Il semble cependant réticent au sujet de ses habitudes d'intempérance. Il prétend ne pas avoir bu pendant un mois après sa sortie de Sainte-Anne, mais ayant repris son travail, il fut « de nouveau entraîné par des clients ». Petit à petit il s'est mis à reboire du vin, puis des apéritifs. Se rend compte qu'il ne peut plus supporter l'alcool comme autrefois « un rien le rend fou ».

Avoue ses violences envers sa femme après boire. Regrette tout cela et pleure pendant l'interrogatoire.

A l'examen physique :

Outre les petits signes d'insuffisance hépatique (teint terreux, subictère des conjonctives), on note une langue saburrale et trémulante.

Un tremblement généralisé de tout le corps et particulièrement intense aux extrémités. Moiteur.

Les pupilles sont égales et réagissent bien à la lumière et à l'accommodation.

Les réflexes achilléens et rotuliens sont vifs.

Pas de crampe dans les jambes.

Le foie est petit mais non douloureux.

Température : 37°9 qui redevient normale le 19 février.

Renseignements fournis par sa femme :

Pas d'antécédents familiaux. Pas de maladie pendant son enfance et son adolescence.

Marié depuis 10 ans, boit depuis 7 ans ; depuis qu'il est installé comme restaurateur. Autrefois supportait bien la boisson, mais depuis 3 ans est devenu irritable, très coléreux, ne travaillant presque plus, mais boit sans arrêt (vin rouge, 3 litres en moyenne, Banyuls, Champagne, Byrrh, plusieurs apéritifs par jour). Depuis 2 ans a des insomnies, des cauchemars la nuit (zoopsie). Se plaint souvent de maux de tête. Il y a un an est allé consulter le médecin pour ces troubles, celui-ci lui a déclaré qu'il avait une maladie de foie et qu'il ne lui fallait plus de vin. N'a pas suivi ces conseils. Il y a 6 mois a eu une crise de delirium tremens qui a nécessité son internement à Sainte-Anne. A sa sortie a repris ses habitudes d'intempérances un mois après.

Examen des urines le 28 avril 1933 :

Sucre : 0.

Albumine : 0.

Urobiline : traces.

Urobiligène : ++.

Pigments biliaires : 0.

Epreuve du rose bengale : 9.

CHAPITRE II

Etude de l'élimination du glucose chez les alcooliques chroniques par l'épreuve de la glycémie et de la glycosurie provoquées.

OBSERVATION I. — B... Michel, manœuvre, 38 ans, célibataire.

Envoyé de l'Hôpital Boucicaut le 23 décembre 1932 dans le service de l'admission à Sainte-Anne avec le diagnostic suivant :

« Troubles mentaux de type delirium tremens, son état nécessite son placement dans un asile spécial. » (D^r TRÉMOLIÈRES.)

Certificat immédiat :

Alcoolisme avec confusion dans les idées. Hallucinations (troupeaux, diables), insomnie. Tremblement généralisé. » (D^r SIMON.)

Le malade entre dans le service le 25 décembre 1932. L'interrogatoire est rendu difficile du fait que le malade comprend mal le français et s'exprime très difficilement. Cependant le malade semble complètement désorienté dans le temps ; mal orienté dans l'espace (croit être encore à Boucicaut). Illusions de fausses reconnaissances.

Dit être malade depuis un mois. En chômage depuis 8 mois.

Boit 2 litres de vin rouge par jour, du byrrh, du calvados, dans son café.

A l'examen physique, on note :

Facies terreux. Yeux excavés, nez pincé.

Lèvres fuligineuses. Langue sèche rôtie et trémulante.

Subictère des conjonctives.

Pupilles égales et réagissant bien.

Tremblement très marqué des doigts.

Pas de troubles de la sensibilité.

Réflexes crémastérien et abdominal normaux.

Réflexes rotuliens très vifs.

Réflexes achilléens abolis.

Pas de signe de Babinski.

Foie gros et douloureux (dépassé les fausses côtes de
3 travers de doigt).

Auscultation du cœur : normale.

Auscultation des poumons : bronchite double avec gros
râles sibulants.

Pouls : 95.

Température : 38°6.

Urines : Rares, hautes en couleur.

Le 26 décembre :

La température monte à 39°.

Le 27 décembre :

La température descend à 37°8.

On note une très légère hyperthermie — 37° le matin,
37°8 le soir) jusqu'au 6 février.

Le 25 décembre :

Examen du sang : réactions humorales négatives dans
le sang.

Dosage de l'urée dans le sang : 0,58.

Examen du L. C. R. :

Albumine : 0,30.

Globulines : Pandy : 0 ; Wichbrodt : 0.

Leuco : 4, nombreux globules rouges.

Benjoin : 00000. 22221. 00000.

Élixir parégorique : 00 0.

B. W. négatif.

R. de Meinicke : négatif.

Examen des urines :

Albumine : 0.

Sucre : 0.

Urobiline : traces.

Urobiligène : ++.

Pigments biliaires : +.

Le 4 janvier 1933 :

Certificat de quinzaine :

« Delirium tremens compliqué de congestion pulmonaire.

Amélioration » (D^r MARCHAND.)

Le 29 avril 1933 :

Epreuve de la glycémie provoquée :

Dosage du sucre dans le sang avant l'ingestion de glucose : 1,gr. 01.

Dosage du sucre dans le sang une heure après l'ingestion de glucose : 1,72.

Coefficient glycémique : 1,70.

Epreuve de la glycosurie provoquée :

1^e urine, 3 heures après ingestion : 2,47.

2^e urine, 6 après heures ingestion : 1,32.

3^e urine, 8 heures après ingestion : 1,06.

RÉSUMÉ : *Epreuves de la glycémie et de la glycosurie provoquées positives.*

OBSERVATION II. — S... Ferdinand, 49 ans, cantonnier, marié.

Le malade est amené à l'Infirmierie spéciale le 15 avril 1933, certificat rédigé ainsi conçu :

« Alcoolisme subaigu. Onirisme nocturne (des inconnus ont pénétré chez lui, déménagé son mobilier, menacé sa femme, etc.). Arrêté sur la voie publique, gesticulant devant un avertisseur de police avec un revolver à la main. Confusion. Désorientation. Congestion de la face. Trem-

blement accentué des doigts et de la langue. Vomissements « matinaux. Varices. Réflexes tendineux presque abolis (D^r GUIRAUD.)

Le 15 avril le certificat immédiat du médecin de service de l'admission porte le diagnostic suivant :

Alcoolisme avec excitation passagère, dont il ne garde qu'un souvenir très incomplet.

Conjonctives subictériques. Tremblement des mains.» (D^r SIMON.)

Le malade arrive dans le service le 16 avril 1933.

Il est bien orienté dans le temps et dans l'espace.

Donne exactement tous les renseignements qu'on lui demande au sujet de son métier, de sa famille et de ses antécédents.

Il avoue facilement ses excès éthyliques qui remontent à de nombreuses années : chaque matin prenait un café arrosé avant de faire son travail, 3 litres de vin rouge et des apéritifs (cependant ne buvait plus d'apéritifs depuis 4 ans).

Se souvient très bien des faits qui ont précédé son internement : dans la nuit du jeudi 13 au vendredi 14, il a vu des gens entrer chez lui pour le voler. Il a pris un revolver non chargé à une panoplie, est descendu dans la rue, a été arrêté devant un avertisseur de police.

Actuellement, le malade a conscience de son état et se rend compte qu'il s'agissait là d'une hallucination. Depuis de longues années, il dort mal, a des cauchemars (zoopsie) et des pituites matinales.

A l'examen on note :

Facies très congestionné.

Subictère des conjonctives.

Langue saburrale et trémulante.

Tremblement marqué des doigts.

Réflexes tendineux existent mais faibles.

Foie gros mais non douloureux, débordant les fausses côtes d'un travers de doigt.

Très légère hyperthermie.

Le 28 avril 1933 :

Examen des urines :

Sucre : 0.

Albumine : 0.

Urobiline : traces.

Urobiligène : — +.

Pigments biliaires : 0.

Le 29 avril 1933 :

Epreuve de la glycémie provoquée :

Dosage du sucre dans le sang avant l'ingestion de glucose : 1,04.

Dosage du sucre dans le sang 1 heure après l'ingestion de glucose : 1,63.

Coefficient glycémique : 1,57.

Epreuve de la glycosurie provoquée :

1^{re} urine, 4 heures après l'ingestion : 1 gramme.

2^e urine, 5 heures après l'ingestion : 0 gr. 80.

3^e urine, 7 heures après l'ingestion : traces.

RÉSUMÉ : *épreuves de la glycémie et de la glucosurie provoquées positives.*

OBSERVATION III. — S... Auguste, menuisier, 47 ans, marié.

Le malade est amené le 14 avril 1933 à l'Infirmierie spéciale. Le certificat suivant est rédigé :

« Alcoolisme subaigu sur fond chronique. Onirisme nocturne se prolongeant dans la journée. Hallucinations auditives et visuelles (des ennemis l'insultent et le menacent ; voit des serpents à ses pieds, des animaux dans le plancher). Activité professionnelle onirique, fait de la menuiserie dans sa cellule. Fabulation à teinte variable. Expose qu'il a été mis en prison et s'est évadé, propriétaire de nombreuses maisons). Confusion actuelle et désorientation.

Couperose de la face. Tremblement accentué des doigts

et de la langue. Hyperthermie. Réflexes tendineux imperceptibles.

Déjà interné pour alcoolisme (1928) (D^r GUIRAUD.)

Le 15 avril le certificat immédiat rédigé à l'admission comporte le diagnostic suivant :

Alcoolisme avec accidents subaigus. Zoopsie et rêves professionnels. Insomnie. Tremblement des mains. Déjà traité. (D^r SIMON.)

Interrogé le 16 avril 1933 à son arrivée dans le service, le malade est bien orienté dans le temps et dans l'espace ; Il nous renseigne exactement sur tout ce qui s'est passé depuis sa sortie de Sainte-Anne en 1928.

En sortant de l'Asile a été à la campagne 2 mois, puis a essayé de se remettre au travail ; il a recommencé à boire du vin rouge ; il a alors de nouveau souffert de l'estomac, vomissait, avait des brûlures. Jamais de crampes dans les jambes.

En juin 1932, ses douleurs d'estomac devenant plus violentes il s'est reposé à la campagne puis est revenu chez lui, mais n'a pas repris son travail.

Avoue boire 2 litres de vin par jour. Quelques apéritifs.

Ne se souvient pas du tout de la période onirique qu'il a traversée et qui a motivé son deuxième internement.

L'examen physique permet de noter :

Varicosité des pommettes et du nez.

Tremblement près des extrémités.

Langue saburrale et trémulante.

Réflexes rotuliens et achilléens existent mais faibles.

Pupilles égales et réagissant bien à la lumière.

Région épigastrique dilatée mais non douloureuse.

Foie petit, non douloureux.

Examen des urines, le 17 avril 1933.

Sucre : 0.

Albumine : 0.

Urobiline : +.

Urobiligène : 0.

Pigments biliaires : 0.

Le 29 avril 1933 :

Epreuve de la glycémie provoquée :

Dosage du sucre dans le sang avant l'ingestion du glucose : 0,97.

Dosage du sucre 1 heure après l'ingestion du glucose : 1,59.

Coefficient glycémique : 1,64.

Epreuve de la glycosurie provoquée :

1^{re} urine, 6 heures après ingestion : 7 gr. 59.

2^e urine 10 heures après l'ingestion : 4 gr. 07.

3^e urine 21 heures après l'ingestion : 2 gr. 46.

4^e urine 28 heures après l'ingestion : 1 gr. 30.

RÉSUMÉ : *épreuves de la glycémie et de la glycosurie provoquées positives.*

OBSERVATION IV. — Se reporter à l'Observation I (2^e partie, chapitre 1^{er}).

Epreuve de la glycémie provoquée, le 30 mars 1933 :

Dosage du sucre dans le sang avant l'absorption du glucose : 1 gr. 07.

Dosage du sucre dans le sang 1 heure après l'absorption du glucose : 1 gr. 91.

Coefficient glycémique : 1 gr. 70.

Epreuve de la glycosurie provoquée, le 30 mars 1933 :

1^{re} urine, 3 heures après l'ingestion du glucose : 10 gr. 53.

2^e urine, 8 heures après ingestion : 6 gr. 02.

3^e urine, 22 heures après ingestion : 2 gr. 47.

4^e urine, 30 heures après ingestion : 1,04.

5^e urine, 36 heures après ingestion : traces.

RÉSUMÉ : *épreuves de la glycémie et de la glycosurie provoquées positives.*

OBSERVATION V. — Se reporter à l'Observation II (3^e partie, chapitre 1^{er}).

Epreuve de la glycémie provoquée, le 30 mars 1933 :

Dosage du sucre dans le sang avant l'ingestion du glucose : 1 gr. 04.

Dosage du sucre dans le sang 1 heure après l'ingestion du glucose : 1 gr. 72.

Coefficient glycémique : 1,65.

Epreuve de la glycosurie provoquée, le 30 mars 1933 :

1^{re} urine, 3 heures après ingestion : 8 gr. 12.

2^e urine, 8 heures après ingestion : 3 gr. 94.

3^e urine, 14 heures après ingestion : 1 gr. 58.

4^e urine, 20 heures après ingestion : 1 gr. 03.

5^e urine, 27 heures après ingestion : traces.

RÉSUMÉ : *épreuves de la glycémie et de la glycosurie provoquées positives.*

CONCLUSIONS

1^o L'épreuve du rose bengale, pratiquée chez 10 alcooliques chroniques, nous a permis d'arriver aux résultats suivants : dans 2 cas les chiffres obtenus ont été 6, dans 4 cas nous avons trouvés 7, dans 3 cas 8 et dans 1 cas 10. Ces chiffres étant très supérieurs au chiffre 3 correspondant à l'homme normal, nous pouvons donc en conclure que chez l'alcoolique chronique, la fonction chromagogue du foie est très notablement perturbée.

2^o L'épreuve de la glycémie et de la glycosurie provoquées chez 5 alcooliques chroniques nous a permis de conclure également au trouble de la fonction glyco-génique du foie chez ces malades.

En effet, le coefficient glycémique atteignant chez l'homme normal 1, 35 au maximum, nous avons toujours trouvé ce rapport augmenté chez nos malades (de 1, 57 à 1, 70).

Quant à la glycosurie provoquée, cette épreuve s'est toujours montrée positive chez nos malades. 18 heures, et même dans 1 cas, 36 heures après l'ingestion du glucose.

Nous pouvons d'ailleurs noter en passant que, dans

le premier stade de l'insuffisance hépatique, alors que le foie est gros, on remarque une élimination moins intense et moins longue du glucose que dans le deuxième stade de l'insuffisance hépatique, alors que le foie est petit. En effet, dans ce dernier cas, nous avons noté une élimination abondante de sucre et celle-ci pendant beaucoup plus longtemps.

QUATRIÈME PARTIE

CONCLUSIONS

I. La crise de délirium tremens apparaît toujours sur un terrain d'alcoolisme chronique.

II. Alcoolisme aigu (Delirium tremens et psychose alcoolique subaiguë).

A. Sang.

a) *Urée* :

Il est extrêmement fréquent de noter au cours de l'accès de delirium tremens une augmentation notable de l'urée sanguine. Sur 21 cas examinés nous avons trouvé 20 fois une augmentation ; le plus fréquemment le taux varie entre 0 gr. 60 et 1 gramme.

b) *Azote résiduel* :

Dans la moitié des cas examinés, l'azote résiduel est légèrement augmenté.

c) *Rapport azoturique* :

Faiblement diminué en général.

d) *Chlore* :

Il ne nous semble pas que l'on puisse tenir compte des petites variations que nous avons trouvées.

Le taux de la chlorémie paraît remarquablement stable comparativement au taux de l'urée dans le sang.

e) *pH* :

Notablement augmenté dans 8 cas sur 10.

f) *Réserve alcaline* :

Nous n'avons noté aucune modification.

g) *Réactions de la syphilis* :

Sur 25 cas nous avons trouvé 2 réactions positives dans le sang, il s'agit vraisemblablement de syphilitiques alcooliques.

B. Urines.

a) *Le taux de l'urée* dans les urines ne présente en général aucune modification.

b) *Rapport azoturique* :

Semble plus souvent diminué qu'augmenté (5 cas de diminution pour 2 d'augmentation.

c) Nous n'avons trouvé qu'un cas d'albuminurie et un cas de glycosurie légère sur 32 cas examinés ; par contre, nous avons presque toujours trouvé soit de l'urobiline, de l'urobiligène ou des pigments biliaires.

C. Liquide céphalo-rachidien.

a) *Albumine* :

Sur 10 cas nous avons trouvé 4 cas de légère albuminose.

b) *Lymphocytes* :

Sur 10 cas, nous avons constaté 3 cas de lymphocytose légère.

c) *Réaction des globulines* :

A toujours été négative.

d) *Courbe du benjoin* :

Pas de modifications importantes dans la courbe du benjoin. Cependant, sur 10 cas examinés, nous avons noté une fois l'extension de la courbe de précipitation dans la zone méningitique. Modification que l'on retrouve souvent chez les alcooliques chroniques.

e) Dans un seul cas le liquide céphalo-rachidien était xantochromique.

Ceci en rapport avec une encéphalite hémorragique.

III. Alcoolisme chronique.

A. Epreuve du rose bengale :

Dans tous les cas examinés, l'épreuve du rose bengale s'est montrée nettement positive.

B. Epreuve de la glycémie provoquée :

Le rapport glycémique s'est toujours montré augmenté.

C. Epreuve de la glycosurie provoquée :

Cette épreuve s'est toujours montrée positive.

VU :

Le Président de la Thèse,

H. CLAUDE.

VU :

Le Doyen,

BALTHAZARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de L'Académie de Paris,

CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABADIE ET PAULY. — *Le liquide céphalo-rachidien dans l'alcoolisme* (Congrès de Lille, 1930).
- ACHARD et CASTAIGNE. — *Examen chimique des fonctions rénales par l'élimination provoquée* (Masson, 1900).
- ACHARD, Jeanne LEVY, WELLISCH. — Modifications chimiques des éléments inorganiques du sang au cours du délirium tremens et chez les animaux alcoolisés (*Société de Biologie*, 7 novembre 1931).
- ANGLADE. — Etiologie générale des maladies mentales (*Traité Gilbert Ballet*. Livre I, chap. II).
- BALLET (Gilbert). — *Académie de Médecine*, 28 juin 1898.
- BALLET (Gilbert) et FAURE (Maurice). — Contribution à l'anatomie pathologique de la psychose polynévritique et de certaines formes de confusion mentale primitive (*Presse Médicale*, 30 nov. 1898).
- BARBACCI. — Altération des éléments nerveux dans la cholémie permanente par ligature du cholidoque (*Revue Neurologique*, 1899).
- BERNARD (Léon). — Etude critique des méthodes de détermination de la toxicité du sérum sanguin et de l'urine (*Revue de Médecine*, 1900).
- BOUVAT. — *Essai sur l'urémie délirante* (Thèse de Lyon, 1883).
- BRUIN (DE). — *Sur l'action toxique de la biliburine* (Amsterdam, 1899).
- CHARRIN. — Maladie du foie et folie (*Société de Biologie*, juillet 1892).

- Délire avec cirrhose alcoolique et tuberculose (*Soc. Méd. des Hôp.*, janv. 1896).
- CHEVALIER-LAFAURE. — *Des auto intoxications dans les maladies mentales* (Thèse Bordeaux, 1890).
- CLAUDE, DUBLINEAU, MASQUIN et M^{lle} BONNARD. — Recherches sur les popypeptides du sang et du liquide céphalo-rachidien dans quelques psychoses alcooliques (*Presse Médicale*, 3 déc. 1932).
- CULLERRE. — Hépatisme et Psychose (*Archives de Neurologie*, nov. 1898).
- CYR. — Accidents nerveux graves déterminés par les coliques hépatiques (*Union médicale*, 1882).
- DELAYE et FOVILLE. — *Nouveau Journal de Médecine*, sept. 1821).
- DOSIO (Enrico) et FRANCESCO (Petro). — La courbede l'urine dans les psychoses alcooliques (*Giornale di Psichiatria clinica e Tecnica manicomale. Revue Neurologie*, 1913, p. 967).
- DUPRÉ. — Troubles psychiques dans les encéphalopathies organiques (*Traité Gilbert Ballet*, livre VI, chap. II).
- ESQUIROL. — *Traité des Maladies mentales*, 1838).
- FALK. — *Altérations microscopiques du rein et du foie dans 52 cas de troubles psychiques* (Saint-Petersbourg, 1897).
- FAURE (Maurice). — *Sur un syndrome mental fréquemment lié à l'insuffisance des fonctions hépato-rénales* (Thèse de Paris, 1900).
- FIESSINGER (Noël). — Méthode d'exploration du foie et des reins (*Nouveau Traité de Médecine*).
- FIESSINGER (Noël), OLIVIER et HERBAIN. — *Diagnostics biologiques* (Maloine, 1929).
- GEORGET. — *De la folie*, 1820.
- GILBERT et BAUDOUIN. — La glycosurie expérimentale (*Soc. de Biologie*, 1908).
- GILBERT et LEREBoullet. — Stéatose hépatique latente des alcooliques (*Soc. Méd. Hôp.*, 20 juin 1902).
- Psychologie des cholémiques (*Bull. Soc. Méd. Hôp.*, 6 août 1903).
- GUICHARD (Valentin). — *Insuffisance hépatique dans le délire alcoolique subaigu* (Thèse de Lyon, 1908).

- GUISLAIN. — *Traité de l'aliénation mentale* (1826, tome I).
- HANOT et GILBERT. — *Etude sur les maladies du foie*.
- HASCOVEC. — Notes sur l'urobilinurie et l'hématoporphyrinurie toxiques dans les maladies mentales (*Revue Neurologique*, 1899).
- JOFFROY. — Leçons de la Salpêtrière (11 décembre 1890).
- Leçons de l'Asile clinique (mai 1895., *Soc. Méd. Hôp.*, 1896).
- KLIPPEL. — De l'insuffisance hépatique dans les maladies mentales (*Arch. Gen. de Médecine*, août 1892).
- Du délire des alcooliques (*Mercredi médical*, 8 oct. 1893).
- De l'origine hépatique de certains délires des alcooliques (*Annales médicales de psychologie*, sept.-oct. 1894).
- Délire et auto-intoxication hépatique (*Revue de psychiatrie*, sept. 1897).
- L AIGNEL-LAVASTINE. — Insuffisance hépatique (*Presse médicale*, 27 août 1902).
- L AIGNEL-LAVASTINE et ROSANOFF. — Valeur pratique de la glycosurie alimentaire dans le pronostic des délires (*Soc. de Psychiatrie*, 18 fév. 1909).
- LÉVI (Léopold). — *Troubles nerveux d'origine hépatique* (Thèse de Paris, 1896).
- Le délire dans les affections hépatiques (*Arch. Gén. de Médecine*, 1896).
- MIGNOT. — *Alcoolisme chronique* (traité).
- PUCA. — La réserve alcaline et la tension alvéolaire dans certaines formes mentales (*Ann. Medico-psychologiques*, 28 avril 1930).
- RAFFLIN. — Troubles humoraux dans l'alcoolisme chronique (*Encéphale*, 1927, page 581).
- RAPHELY. — Thèse de Lyon, 1889.
- RAYMOND. — Relation de l'albuminurie avec les psychoses (*Bull. Soc. Méd. Hop.*, 1890).
- RÉGIS. — Régis et Chevalier Lavaure (*Congrès de La Rochelle*, 1893).
- Auto-intoxications et délires (*Mémoires Soc. medico-psychologique*, 1898) ; *Précis de Psychiatrie*.
- SCHEINER (Ermann). — La réaction de Millon dans l'urine au cours des psychoses toxiques (*Revista de Pathologia nervosa et lentate*, 1928).

- TOULOUSE, COURTOIS, PICHARD. — Modifications transitoires du liquide céphalo-rachidien chez les alcooliques après un accès convulsif (*Soc. clinique mentale*, 22 juillet 1929).
- TOULOUSE, COURTOIS et M^{lle} RUSSELL. — Modifications chimiques du sang au cours du delirium tremens alcoolique (*Ann. Medico-psychologiques*, févr. 1931).
- TOULOUSE, MARCHAND, COURTOIS. — L'encéphalite psychique aiguë des alcooliques (*Annales Medico-psychologiques*, janv. 1933).
- VIGOUROUX et JUQUELIER. — Insuffisance hépatique et délire (*Soc. Méd. psychologique*, juin 1902).
- VIGOUROUX et LAIGNEL-LAVASTINE. — Délire par insuffisance hépato-rénale ayant donné lieu au syndrome paralysie générale (*Rev. Neurologique*, 1903, page 833).
- YOAKI et RONDEPIÈRE. — Délire aigu d'origine alcoolique (*Ann. Med. psychologiques*, juillet 1932).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
PREMIERE PARTIE : Historique	15
DEUXIEME PARTIE : Alcoolisme aigu	29
Chapitre I. — Modifications dans le sang et les urines....	29
Chapitre II. — Modifications du taux de l'urée dans le sang et modifications du L. C. R.....	51
TROISIEME PARTIE : Alcoolisme chronique	73
Chapitre I. — Epreuve du rose Bengale.....	73
Chapitre II. — Epreuve de la glycémie et de la glycosurie provoquées	88
QUATRIEME PARTIE : Conclusions	99
BIBLIOGRAPHIE	103

